Health Canada / Santé Canada

SHARING THE LEARNING

The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Aboriginal Health

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The opinions expressed in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect the views of Health Canada.

Contents may not be reproduced for commercial purposes, but any other reproduction, with acknowledgments, is encouraged.

This publication may be provided in alternate formats upon request.

For further information or to obtain additional copies, please contact:

Publications
Health Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel.: (613) 954-5995
Fax : (613) 941-5366

This document is available on the Health Canada web site: http://www.hc-sc.gc.ca

© Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-5
ISBN 0-662-66308-X

102-06298/

SHARING THE LEARNING

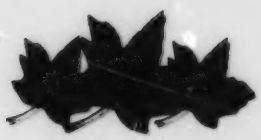
The Health Transition Fund

SYNTHESIS SERIES

Aboriginal Health

Madeleine Dion Stout, MA, BN
Aboriginal Health Consultant
Senior Adviser, Aboriginal Nurses Association of Canada

Gregory D. Kipling, MA
Aboriginal Health Consultant



This report is one in a series of 10 syntheses of HTF project results covering the following topics: home care, pharmaceutical issues, primary health care, integrated service delivery, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, mental health, and children's health. The tenth document is an overall analysis. All are available electronically on the HTF website (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), which also contains information on individual HTF projects.

Executive Summary

The Health Transition Fund (HTF), a joint effort between federal, provincial, and territorial governments, was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform. Between 1997 and 2001, the HTF funded approximately 140 different pilot projects and/or evaluation studies across Canada. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each of nine theme or focus areas: home care, pharmacare, primary care/primary health care, integrated service delivery, children's health, Aboriginal health, seniors' health, rural health/telehealth, and mental health. This document summarizes the key learnings from 21 projects in the Aboriginal health theme area. It has been prepared by Aboriginal Health Consultants Madeleine Dion Stout and Gregory D. Kipling.

Aboriginal Health in Canada

Despite some improvement in their health status over the past 25 years, Canada's Aboriginal people continue to lag behind the general population in a number of areas. As a case in point, in 1991, Aboriginal men and women could expect to live 67.9 and 75.0 years respectively, compared with 74.6 and 80.9 years for Canada's non-Aboriginal population. In addition, Aboriginal people are often considerably less healthy throughout their lives. For example, a relatively large proportion of the Aboriginal population reports having a disability: 31 per cent in the case of First Nations, and 29 per cent in the case of Inuit. Another area of concern is diabetes. While the incidence of this disease among non-Aboriginal Canadians has remained relatively stable in recent decades, its prevalence has increased rapidly among the Aboriginal population, which is now thought to suffer from it at a rate two to three times that of other Canadians. Aboriginal people are also believed to be at heightened risk of contracting a range of infectious illnesses, including sexually transmitted diseases (STDs) and tuberculosis, the latter of which has been largely eradicated among other sectors of the Canadian population.

Given the disparity in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, it is not surprising that considerable resources have been allocated to Aboriginal health initiatives and research over the past quarter century. Between 1997 and 2001, the federal government's Health Transition Fund (HTF) allocated almost $12 million for 21 studies dealing with Aboriginal people's health. The projects were undertaken in all regions of the country and encompassed five principal theme areas: children's health, home care, mental health, primary health care, and telehealth.

In addressing the health challenges facing the country's Aboriginal population, the initiatives were guided by one or more of the following objectives: improving Aboriginal people's health status and outcomes; removing barriers to Aboriginal people's access to the health system; and developing capacity in Aboriginal communities to plan, execute, and evaluate their own health programming. Key learnings and recommendations in each of these areas are summarized here.

Improving Aboriginal People's Health Status and Outcomes

Key lessons learned

- The requirement that people eligible for First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) benefits must see a doctor in order to be reimbursed for any health-related product has led to the overuse of physician services in some communities.
- The misuse of prescription drugs is a serious problem in some Aboriginal communities.
- Community health initiatives are most likely to be successful when they address a documented need within a well-defined target population.
- The health challenges facing Aboriginal people are multi-faceted, encompassing individual, social, economic, and political dimensions.

Recommendations

- Health Canada should initiate a consultation with Aboriginal governments and health stakeholders to identify options for increasing the cost-effectiveness of the FNIHB drug benefit plan. These options would include, but are not necessarily limited to, shifting responsibility for the approval of non-prescription drugs needed by FNIHB drug plan beneficiaries from physicians to nursing or administrative personnel, or introducing a non-prescription drug rationing system based on current consumption levels.
- Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and health stakeholders, should plan and execute a national public education program to raise awareness among Aboriginal youth regarding the dangers of prescription drug abuse.
- Health Canada, Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and Aboriginal health organizations should prioritize the community health needs of Aboriginal community members and focus their interventions on groups found to be at high risk of poor outcomes and those groups most likely to derive long-term benefits, such as children and youth.
- Aboriginal health organizations should explore the feasibility of entering into partnerships with other community organizations to promote the personal development of health clients (e.g., through job placements or the pursuit of vocational training).

Removing Barriers to Aboriginal People's Access to Health Services

Key lessons learned

- Health service access barriers confronting Aboriginal people can be mitigated through the establishment of holistic service delivery frameworks in remote communities or the deployment of Aboriginal liaison workers as members of the primary health care team.
- Although telehealth initiatives were shown to improve clients' access to certain services, their impact on health outcomes and their cost-effectiveness remain inconclusive.

Recommendations

- Health Canada, provincial/territorial health ministries, the National Aboriginal Health Organization, and other health stakeholders should undertake additional research on ways to enhance the effectiveness and efficiency of telehealth services.

- To promote greater Aboriginal use and knowledge of the health system, Health Canada, provincial/territorial health ministries, and Aboriginal health stakeholders should encourage physicians and other members of the health services team to spend more time with Aboriginal clients (e.g., by making greater use of house calls, by reducing individuals' caseloads, and by allowing greater flexibility in scheduling appointments.
- Health organizations with a significant number of Aboriginal clients should consider making greater use of Aboriginal health liaison personnel.
- Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and health stakeholders, should facilitate Aboriginal people's access to health careers. For example, they could expand scholarship opportunities and enhance the level of personal and professional support available to those already working in the field.

Developing Aboriginal Capacity in Health Programming

Key lessons learned

- The provision of adequate training and skills-upgrading opportunities to health personnel employed in Aboriginal settings was shown to improve service quality while increasing employee self-esteem, job performance, and professionalism.
- Professional supervision and leadership are vital to the success of community health projects.
- There are several conventional health indicators for which no Inuit data are available.
- Although community-based grassroots organizations can play an important role in meeting Aboriginal people's basic health needs, the lack of resources or personnel often results in difficulties in meeting deadlines or in fulfilling other, non–project-related responsibilities.

Recommendations

- Organizations funding community health projects in Aboriginal settings should consider allocating additional monies for staff training purposes.
- Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial health ministries, and health stakeholders, should explore the feasibility of creating a national centre to promote excellence in Aboriginal health management.
- Health Canada, in consultation with Aboriginal governments, provincial/territorial health ministries, and other health stakeholders, should allocate additional resources to support Aboriginal communities' collection, management, and use of local health data.
- Health Canada, provincial/territorial health ministries, and other agencies that provide funding to community-based health organizations working with Aboriginal clients should consider providing additional resources or expertise to strengthen their management or administrative capabilities.

Preface

In recent years, Canada's health care system has been closely scrutinized with a view to quality improvement and cost-effectiveness. Fiscal pressures and changing demographics are resulting in initiatives to explore how the efficiency of the health care system can be increased while ensuring that high-quality services are affordable and accessible. Within this context, there has been a need for more research-based evidence about which approaches and models of health care have been working and which have not. In response to this requirement for evidence, and on the recommendation of the National Forum on Health, the Health Transition Fund (HTF) was created out of the 1997 federal budget to encourage and support evidence-based decision making in health care reform.

A joint effort between federal, provincial and territorial governments, the HTF funded 141 pilot projects and/or evaluation studies across Canada between 1997 and 2001, for a total cost of $150 million. Of that, $120 million supported provincial and territorial projects and the remaining $30 million funded national-level initiatives. The HTF targeted initiatives in four priority areas: home care, pharmaceutical issues, primary health care, and integrated service delivery. Various other focus areas emerged under the umbrella of the original four themes, including Aboriginal health, rural health/telehealth, seniors' health, mental health, and children's health.

The HTF projects were completed by the spring of 2001. In order to communicate research evidence from the projects to decision-makers, experts were employed to synthesize the key process and outcome learnings in each theme area. This document summarizes the key learnings in the Aboriginal health theme area. It has been prepared by Aboriginal Health Consultants Madeleine Dion Stout and Gregory D. Kipling.

Unique Nature of the HTF Projects

The HTF was quite different from other organizations that fund health-related research in this country, such as the Canadian Institutes for Health Research and its predecessor the Medical Research Council.

- It was a time-limited fund, which meant that projects had to be conceived, funded, implemented, and evaluated all in four years - a very short time in the context of system reform.
- It was policy-driven; policy-makers were involved in the project selection process, and wanted to focus on some of the outstanding issues in the four theme areas in the hope that results would provide evidence or guidance about future policy and program directions.

In order to encourage projects to address issues and produce results that would be relevant to decision-makers, the HTF developed an evaluation framework consisting of six elements (access, quality, integration, health outcomes, cost-effectiveness, and transferability). Each project was required to have an evaluation plan addressing as many of these elements as were relevant. In addition, all HTF projects were required to include a dissemination plan (for which

funding was provided) in order to ensure that results were effectively communicated to those best able to make use of them. In addition to these individual dissemination plans, the HTF Secretariat is implementing a national dissemination strategy, of which these synthesis documents are one element. This emphasis on evaluation (systematic learning from the experience of the pilot initiatives) and dissemination (active sharing of results) was unique on this scale.

Most national projects were selected by an intergovernmental committee following an open call for proposals, while provincial/territorial initiatives were brought forward by each individual jurisdiction for bilateral approval with the federal government. At both levels, applications came not just from academics in universities, or researchers in hospital settings, but also from non-traditional groups such as Aboriginal organizations, community groups, and isolated health regions. Groups that had rarely, if ever, thought in terms of research, evidence, evaluation, and dissemination began doing so, and these developments bode well for improved understanding and collaboration among governments, provider organizations, and researchers. The role of federal, provincial, and territorial governments in the selection process ensured that the projects delved into the issues that were of high concern in each jurisdiction. By the same token, there was considerable scope in the range of project topics, and the body of projects was not (and was never intended to be) a definitive examination of each theme.

This unique focus and selection process imparts specific features to the HTF body of projects. The projects that were funded represent good ideas that were put forward; they do not represent a comprehensive picture of all the issues and potential solutions in each of the theme areas. The relatively short time frame meant that many researchers struggled to complete their work on time and the results are preliminary or incomplete; some pilot projects might take a number of years to truly show whether they made a difference. This must be left to others to carry forward and further investigate. Perhaps the greatest value in the large body of HTF projects comes from the lessons we can learn about change management from the researchers' struggles and challenges as they undertook to implement and evaluate new approaches to longstanding health care issues.

Acknowledgements

The authors would like to thank Hollander Analytical Services Ltd. for its assistance in the preparation of this document. The HTF synthesis series was commissioned by Health Canada and managed by Hollander Analytical Services Ltd. The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of federal, provincial or territorial governments.

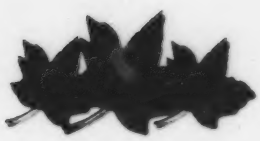


Table of Contents

Executive Summary i
Aboriginal Health in Canada i
Improving Aboriginal People's Health Status and Outcomes ii
Removing Barriers to Aboriginal People's Access to Health Services ii
Developing Aboriginal Capacity in Health Programming iii

Preface iv
Unique Nature of the HTF Projects iv

Acknowledgements vi

Table of Contents vii

List of Tables viii

1. Setting the Context 1
1.1 Early Attempts to Address Aboriginal People's Health Challenges 1
1.2 Emerging Issues 1
1.3 Future Directions 2

2. Overview of Health Transition Fund Studies 3

3. Discussion of Significant Findings 4
3.1 Key Findings: Health Transition Fund Evaluation Criteria 4
3.1.1 Access 4
3.1.2 Health Outcomes 6
3.1.3 Quality 7
3.1.4 Integration 8
3.1.5 Cost-Effectiveness 9
3.1.6 Transferability 9

3.2 Other Findings 11
3.2.1 Communication 11
3.2.2 Mediating Structures 12

4. Health Human Resources 12
4.1 Management 12
4.2 Cultural Sensitivity 13
4.3 Hiring and Retention 14
4.4 Training 15

5. Cross-Sectoral Implications 16
5.1 Education 16
5.2 Employment and Income 16
5.3 Social Environments 17

6. Implications for Policy and Practice 18

7. Conclusions and Recommendations 20
7.1 Enhancing Aboriginal People's Health Status and Outcomes 20
7.2 Eliminating Barriers to Aboriginal People's Access to Health Services 21
7.3 Developing Aboriginal Capacity in Health Programming 21

References 23

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Aboriginal Health

List of Tables

Table 1: HTF Projects by Region 3
Table 2: Project Type and Theme Area 4

1. Setting the Context

1.1 Early Attempts to Address Aboriginal People's Health Challenges

Despite some improvement in their health status over the past 25 years, Canada's Aboriginal people continue to lag behind the general population in a number of areas. For example, in 1991, Aboriginal men and women could expect to live 67.9 and 75.0 years respectively (Canada, 1996), compared with 74.6 and 80.9 years for non-Aboriginal Canadians (Canadian Criminal Justice Association, 2000). In part, this difference is due to an incidence of injury- and violence-related mortality in the Aboriginal population that is almost double that of non-Aboriginal Canadians (Canada, 1996). At the same time, the infant mortality rate among Aboriginal people, although it has fallen steeply in recent decades, continues to be significantly higher than that of the general population (Canada, 1996; PAHO, 1999).

In addition to experiencing higher mortality rates, Aboriginal people often have considerably poorer health throughout their lives. For example, a relatively large proportion of the Aboriginal population reports having a disability: 31 per cent in the case of First Nations, and 29 per cent in the case of Inuit (PAHO, 1999). Another area of concern is diabetes. While the incidence of this disease among non-Aboriginal Canadians has remained relatively stable in recent decades, prevalence rates have increased rapidly among the Aboriginal population, which is now thought to suffer from it at a rate two to three times that of other Canadians (Canada, 1996; PAHO, 1999). Aboriginal people are also believed to be at heightened risk of contracting a range of infectious illnesses, including sexually transmitted diseases (STDs) and tuberculosis, the latter of which has been largely eradicated among other sectors of the Canadian population (Canada, 1996; PAHO, 1999).

Given the disparity in health status between Aboriginal and non-Aboriginal Canadians, it is not surprising that considerable resources have been allocated to Aboriginal health initiatives and research over the past quarter century. In some areas, such as infant and maternal health, the Canadian government has been funding studies since the 1950s. However, much of the early work, which addressed issues as diverse as substance abuse, otitis media, and the health effects of contaminants in the north, tended to be highly technocratic and gave little credence to traditional Aboriginal approaches to health and healing.

Researchers examining Aboriginal health issues from the late 1970s onwards began to cast a critical eye on existing policies and structures. For example, Linehan (1992) and Lowell (1995) examined the effects of government policy on expectant and birthing mothers. The authors concluded that practices such as mandatory evacuation to southern hospitals for delivery are detrimental to the well-being of mothers and their families, as well as being wasteful of the expertise of traditional Inuit midwives. At a more general level, researchers have increasingly focused attention on patterns of Aboriginal usage of the formal health system, placing particular emphasis on the nature and scope of access barriers. While some have examined the impact of geographical isolation on access, others have highlighted problems related to racism on the part of health professionals or the lack of Aboriginal-specific programming in many health facilities.

1.2 Emerging Issues

Since the late 1980s, researchers have continued to deal with long-standing issues in Aboriginal health, while addressing a number of new or re-emerging concerns, such as injury prevention, tuberculosis, and HIV/AIDS. Also significant is researchers' and policy-makers' growing interest in health determinants and their recognition of the importance of capitalizing on knowledge already present within Aboriginal

communities. Thus, in the area of HIV/AIDS, for example, greater emphasis is being placed on making explicit the links between the high-risk behaviours rooted in Aboriginal people's socio-economic marginalization and their greater risk of contracting HIV.

Solutions currently being advocated are often more respectful of Aboriginal people's agency and the traditional healing practices of their communities. Thus, not only does the sweat lodge play an increasingly prominent role in Aboriginal mental health and addictions programming, but there is also a growing recognition of the importance of producing health promotion material that is in an Aboriginal language or that makes use of Aboriginal symbols and stories. Other projects informed by this holistic outlook have studied such problems as the high incidence of low birth weight and fetal alcohol syndrome (FAS) among Aboriginal children (Canada, 1995), Aboriginal susceptibility to diabetes and obesity (Martin & Bell, 1991; Evers, 1991), and dangerously high rates of smoking and substance abuse (Native Women's Association of Canada, 1996).

Underlying much, if not all, of this work is an implicit understanding that change is afoot in the way health care is delivered to the country's Aboriginal population. In 2001, responsibility for service delivery is being transferred from the federal government to Aboriginal communities. Aboriginal leaders and their government partners have recognized that it is a priority to establish local organizational structures and to ensure that health care workers and support staff are in place so that Aboriginal people have access to efficient, cost-effective, and high-quality health services in their communities. As well, some Aboriginal women have expressed fears about the implications of health services transfer for them, particularly in situations where a community's decision-making structures are monopolized by male leaders unconcerned with women's issues.

1.3 Future Directions

Interventions in the field of Aboriginal health have become increasingly complex over the past 25 years. Not only have these initiatives benefited from many practitioners' increased sensitivity to the ethical issues of working with Aboriginal communities, but their effectiveness has also been enhanced by decision-makers' access to a number of new data sources at the local, regional, and national levels. However, additional work is needed in some areas. For example, knowledge of health issues facing particular subgroups of the Aboriginal population, such as Métis and those living in urban settings, remains inadequate.

More generally, a number of emerging Aboriginal health issues (e.g., aging) warrant further investigation and research. Despite Aboriginal people's relative youthfulness, the proportion of the Aboriginal population over the age of 65 is increasing (Native Women's Association of Canada, 1997). Given the high incidence of diabetes and other chronic illnesses among Aboriginal men and women, continued population aging will undoubtedly heighten pressures on local health providers while generating new demands for attendant care and other specialized geriatric services.

Similarly, additional research is required in the area of traditional medicine. Although considerable anecdotal evidence suggests that it is enjoying a strong resurgence in many Aboriginal communities, few rigorous or wide-ranging studies have been undertaken. Accordingly, little is known about patterns of use, impact on individuals' well-being, or the relationship between traditional and "western" health systems (Shestowsky, 1993).

Also required is an exploration of matters of concern to Aboriginal people with disabilities. There is a serious lack of services for these individuals in many reserve or remote communities, and they are often forced to contend with significant discrimination in

their daily lives. Finally, further research and education are needed regarding the sexual and reproductive health of Aboriginal youth. Teenage pregnancy and sexually transmitted diseases are much more common among Aboriginal young people than among non-Aboriginal youth. Researchers and policy-makers must address these problems in an innovative, non-judgmental fashion.

2. Overview of the HTF Studies

A total of 21 Health Transition Fund (HTF) studies were reviewed for this synthesis (see Appendix A). Although the findings of all these projects have cross-regional implications for policy and practice, the majority of the projects were carried out in a particular site or region. As Table 1 makes clear, almost half were carried out in one of the western provinces; most were affiliated with the Battlefords Health District in Saskatchewan, Health Canada, and the Keeweetinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA) in north-central Alberta. Meanwhile, considerably fewer projects were executed in the Maritime provinces (14 per cent), northern Canada (14 per cent), or the central provinces of Ontario and Quebec. Four projects (19 per cent of the total) were national in scope or involved multiple study sites in more than one region.

Table 2 provides information on the type of projects supported by the HTF in the area of Aboriginal people's health. The majority were pilot programs (16 studies); the remainder encompassed evaluations (four studies) and needs analysis projects (one study). In this context, pilot programs refer to initiatives that implement and evaluate options for health care reform, whereas evaluation studies evaluate existing models of service delivery or recently completed projects for which evaluations do not exist. Finally, needs analysis projects identify and assess the health-related needs of a particular population in a systematic, methodologically rigorous fashion.

The HTF provided almost $12 million in support of the 21 initiatives included in this analysis. The majority of projects received less than $500,000 each, but at least three benefited from significantly larger funding allocations, ranging from $1,421,000 to $2,983,200. Two of the latter projects consisted of telehealth initiatives, while the third sought to identify ways of meeting Aboriginal people's home care needs across the country.

Table 1: HTF Projects by Region

REGION	NUMBER OF PROJECTS	PERCENT OF TOTAL
Maritime provinces (NB, NF, NS, PE)	3	14%
Central provinces (ON, QC)	1	5%
Western provinces (AB, BC, MB, SK)	10	48%
Northern Canada (North of 55 degrees)	3	14%
Cross-regional	4	19%
	21	**100%**

The projects were also characterized by significant differences in their duration and size. Many of the projects were undertaken in a single site, involved fewer than 50 participants, and were completed in less than 18 months, but other initiatives were considerably more ambitious, involving multiple sites, a large number of participants, and a time commitment exceeding two years.

Table 2: Project Type and Theme Area

	CHILDREN'S HEALTH	HOME CARE	HEALTH DETERMINANTS	PRIMARY HEALTH CARE	TELE-HEALTH	OTHER	TOTAL
Evaluation	0	1	1	0	1	1	4
Needs Analysis	0	1	0	0	0	0	1
Pilot Program	3	1	1	7	2	2	16
Total	**3**	**3**	**2**	**7**	**3**	**3**	**21**

If the studies under consideration involved a range of approaches and geographical settings, they were equally heterogeneous in the themes they addressed and the insights they offered. The projects have five principal theme areas: children's health, home care, health determinants, primary health care, and telehealth. Table 2 shows that the largest number of studies were in the area of primary health care, no doubt reflecting the particular nature of Aboriginal people's health concerns and the challenges they face in accessing mainstream health services. Meanwhile, three projects were carried out in each of the areas of children's health, home care, and telehealth (for a total of nine projects), while two focused on the determinants of health. The three "other" studies addressed service provision to individuals with severe mental health problems living in remote areas; prescription drug misuse in Aboriginal communities; and models of health care delivery in Inuit regions.

Although a range of Aboriginal populations were considered in the HTF projects and initiatives, the primary focus was on the health-related concerns of First Nations. Three of the studies addressed Inuit health challenges, and a number of researchers worked with groups of Aboriginal people who are historically under-represented in the Aboriginal health literature, most notably Métis, Aboriginal women, Aboriginal people living in urban centres, and Aboriginal people in conflict with the law.

3. Discussion of Significant Findings

3.1 Key Findings: Health Transition Fund Evaluation Criteria

Aboriginal people have been ill-served by the country's health system. They frequently come up against barriers when attempting to access services, and the care they do receive is often of a poorer quality than that enjoyed by other Canadians. While recognizing that Aboriginal people's health problems are closely related to issues of poverty, racism, and marginalization, the HTF projects provide a range of insights into means of improving health outcomes and simultaneously enhancing the quality and cost-effectiveness of care.

3.1.1 Access

Aboriginal people's use of health services is often compromised by the existence of significant access barriers. These barriers fall into at least two distinct categories: those related to geography, and those grounded in culture and knowledge issues.

Turning first to geographical barriers, the HTF studies show not only that Aboriginal people living in rural and northern communities must travel long distances to see a specialist or obtain dialysis

treatment (NA402, AB301-19), but also that in some cases even non-specialized services are unavailable at the local level. For example, the lack of mental health resources in the Nunavik region has meant that hospitalization is the only option and that it is available only to individuals whose condition is so severe that they are wholly disoriented (QC434).

Researchers generally adopted one of two strategies to address these problems, supporting either the implementation of telehealth technology or development of local capacity. On the one hand, the establishment of a telehealth link between urban centres and remote or isolated communities achieved tangible results in a number of areas. For example, *National Telehealth Community Care Pilot: The Nephrology Telemedicine Project* (NA403), a distance education project in rural New Brunswick, used video conferencing to inform Aboriginal diabetes sufferers of the risks of chronic renal failure and to promote positive lifestyle changes. Meanwhile, the technology was also successfully employed in western Canada in the *First Nations National Telehealth Research Project* (NA402) to conduct speech, physical, and occupational therapy sessions with people living in remote Aboriginal communities. However, not only were these telehealth initiatives expensive to implement, but many participants reported feeling uncomfortable with the new technology or frustrated by its unreliability. The projects' small sample size also precludes any definitive assessment of the impact of telehealth on access barriers.

On the other hand, a number of initiatives sought to address geographical barriers by bringing services to remote communities through the creation of new infrastructure or development of local capacity. The Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik was particularly successful in this regard with *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* (QC434). In consultation with local stakeholders, project personnel established a "re-integration centre" in Inukjuak for individuals with severe mental health problems. The centre was designed to provide 24-hour care in a structured milieu to individuals in need of short- or long-term residential care, respite care, crisis intervention, day programs, and community follow-up. Not only did the establishment of the centre add significantly to the range of locally available services, but the decision to hire Inuit staff also enhanced local skills and capacity while addressing concerns about cultural sensitivity.

Aboriginal people also face difficulties in accessing health services on account of barriers rooted in culture and knowledge issues. For example, individuals may be deterred from making use of a needed service by its lack of cultural appropriateness or by the absence of staff who speak an Aboriginal language. Furthermore, as was noted by personnel involved in the Battlefords Health District project *An Evaluation of Integrated Services for Families of Aggressive School-Aged Children* (SK324), even when individuals access services, the "service provision across sectors tends to be fragmented and lacks coordination" (p. 7).

Project leaders were often successful in mitigating the effects of these barriers by combining outreach activities and Aboriginal liaison personnel. In this context, outreach refers to initiatives that facilitate clients' use of services by delivering them in a less threatening environment and in a format that is more appropriate to clients' background and culture. For instance, in the *Born Healthy, Raised Healthy* project (SK323), the Battlefords Health District initiated a breastfeeding and nutrition support program that involved establishing a storefront centre staffed by health professionals who offered a range of services to pregnant women and new mothers. As a result of the project, breastfeeding initiation and duration rates increased among the

target population, which also valued the opportunity provided by the centre for social contact, self-esteem building, and improved infant bonding.

An alternative strategy centred on hiring liaison workers who could play the role of facilitators, helping Aboriginal clients negotiate the health and social services system and ensuring they access the services they require. The Battlefords Health District's *First Nations Health Liaison Workers* project (SK402) provides a particularly good example of this approach. Project leaders stated that the use of liaison workers resulted in fewer missed appointments and improved compliance with treatment programs, while providing health professionals with an opportunity to develop a better understanding of the needs of Aboriginal clients. The initiative also highlighted the challenges inherent in defining the liaison workers' precise role (i.e., should their mandate simply be to link clients with appropriate services, or should they act as case workers, whose responsibility includes both the identification and organization of services?). While the project report offers no definitive answer to this question, many of the Aboriginal clients saw the liaison workers in relatively expansive terms, treating them more as advocates and social workers than as mere knowledge brokers.

3.1.2 Health Outcomes

Canada's Aboriginal people tend to have poorer health outcomes than its non-Aboriginal people, partly because of high-risk behaviour and unhealthy lifestyle choices. These causes are rooted in structural factors such as poverty, low educational attainment, and societal discrimination. The differential impact of these unhealthy choices is clearly demonstrated in *What are the Client Characteristics and Their Perceived Barriers for Non-adherence to Immunization Schedules?* (AB301-20), a study of immunization rates among children living in north-central Alberta. As the project leaders noted, under-immunization and, hence, the risk of contracting a serious childhood illness were most common when the primary caregiver was "single, Aboriginal, younger in age, with low levels of education and income" (p. 18).

In seeking to address problems like these, researchers achieved considerable success by targeting high-risk individuals and families with interventions that combined education and support in a non-threatening environment. An initiative to enhance child immunization rates within the Aboriginal and non-Aboriginal population of north-central Alberta led to a positive change in behaviour among 37 per cent of the target population (i.e., those found to be under-immunized) when the primary caregiver was contacted by a project team member, and a further 26 per cent made a change after a personal interview. In this way, the findings underscored the importance of personal communication between health care providers and caregivers deemed to be at high risk of under-immunizing their children, as a way of both improving immunization rates and dealing with myths and misconceptions.

As previously mentioned, the *Born Healthy, Raised Healthy* project (SK323) "markedly increased breastfeeding initiation and durations rates" (p. 6) by opening a storefront office staffed by a lactation consultant and outreach workers. Centre personnel supported high-risk mothers and their children by giving them information, involving them in parenting programs, and linking them with other community resources. It should be noted that the initiative's success may be partly due to its holistic approach: rather than seeking merely to promote breastfeeding within the target population, project managers also addressed food security and other health determinants by, for example, creating peer support groups and community kitchens.

Similarly, the *Healthy Families: Primary Health Care Services to High Risk Families* project (AB301-14) in Edmonton demonstrated the potential benefits of providing sustained support to first-time parents whose socio-economic background placed them at a higher risk of poor outcomes for their children. Involving an intensive program of home visits over a three- to five-year period, participants were provided with parenting education, skills development, and links to community resources. While acknowledging that the project evaluation was undertaken after only 18 months, this preliminary review documented positive outcomes in a number of areas. With its stress on voluntary participation and cultural sensitivity, the project was valued highly by participating parents; the majority indicated that their relationship with their child had improved because of the program. Moreover, not only did the number of infants being taken to hospital emergency departments decrease, but four mothers had previously apprehended children returned to them as a direct result of the support and knowledge they gained through the initiative.

3.1.3 Quality

Among the HTF projects under consideration, improvements in service "quality" were typically achieved either by adopting an alternative model of service delivery or by creating new opportunities for fruitful interaction between clients and health care providers.

The impact of changes stemming from the adoption of a new service delivery model was especially noticeable in the context of *A Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation* (NA305), a pilot program undertaken in co-operation with the Eskasoni First Nation in Nova Scotia. The initiative involved a series of fundamental changes to the local health system, including the establishment of a multidisciplinary primary care team, the consolidation of patient records to facilitate access by team members, and the replacement of the existing fee-for-service approach to physician remuneration with a salary-based model. The project also entailed the integration of physician services and community-based programs, as well as the construction of a new health facility to house services from both within and outside of the community. The program elicited positive feedback from an overwhelming majority of clients (217 individuals, representing roughly 15 per cent of the community's adult population, completed questionnaires distributed by evaluators). In particular, most respondents stated that they believed their physician took the time to understand their health problem and that they felt comfortable sharing their concerns with their nurse or doctor.

Also significant in this regard was the approach adopted by the Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik in the project *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* (QC434). One of the reasons for this project's remarkable success was the decision made by project managers to break with past rehabilitative models in which individuals' aspirations were ignored, and instead to treat clients as full citizens with the potential for productive involvement in community activities.

Meanwhile, other studies found that improved client satisfaction was closely related to clients' ability to have meaningful interactions with health workers who were at once sensitive and knowledgeable. This is clearly demonstrated by the results of Battlefords Health District's *First Nations Health Liaison Workers* initiative (SK402), in which two First Nations liaison workers were hired to facilitate Aboriginal people's access to appropriate health services. Despite the lack of a systematic evaluation of project outcomes, evidence suggests that the Cree-speaking liaison staff were able to develop strong rapport with clients while helping service providers better understand the clients' health needs.

3.1.4 Integration

The integration and rationalization of services have long been proposed as means of improving outcomes while reducing inefficiencies and fragmentation in health care delivery. As the HTF studies demonstrate, successful integration requires extensive planning prior to project implementation, the establishment of effective communication channels between partner organizations, and a commitment to ensure that trained personnel are in place from the beginning. Conversely, attempts to integrate services are likely to fail when leadership is lacking or the roles and responsibilities of employees are poorly defined.

Among the projects under consideration, an initiative by the First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB), *First Nations and Inuit Home Care* (NA108), is an example of relatively successful service integration. Involving the deployment of integrated home care services in five geographically diverse First Nations and Inuit communities, the project was executed only after an implementation plan based on an assessment of each community's home care needs had taken place. Following this process, managers took steps to integrate home care client assessment and case management and to ensure that professional supervision for front-line staff was available. In this way, employees were supported and made to feel they were part of the health care team while rendering them more accountable through the use of reporting mechanisms like time sheets and client care reports. Moreover, the establishment of a formal client assessment process resulted in a better matching of needs and resources.

In an initiative by the Battlefords Health District in the area of services for aggressive school-aged children (SK324), the development of an integrated service model was a central goal of the project. It entailed the creation of a management team that worked as "equal partners in the planning, delivering, and evaluating of services in support of the vulnerable children and families involved with this project" (p. 19). According to the authors of the report, the project's success in integrating service delivery was closely tied to the investment made in fostering "new relationships and behaviours in both a horizontal and a vertical direction and both across and within organizations" (pp. 19–20).

However, even in the context of the initiatives cited above, problems occurred in a number of areas. For example, managers encountered some difficulty in garnering support for the changes brought about by each project, while the high management costs inherent in successful service integration were highlighted as a concern by those associated with the FNIHB home care initiative.

Meanwhile, other project findings offer their own lessons regarding the difficulties of meeting integration objectives. In particular, efforts to integrate primary health care services in the Eskasoni First Nation (NA305) were compromised by the lack of strong leadership and by poorly defined roles and responsibilities of staff members in the participating organizations. These problems in turn led to interpersonal conflict, which was exacerbated by the physical separation of primary care staff and community health personnel.[1] Cultural differences also led to difficulties, for example between Aboriginal and non-Aboriginal personnel and between members of organizations with contrasting management or service philosophies. However, as those drafting the final project report

1. When a new community health centre was built with financing provided by the federal and provincial governments, funding guidelines demanded that areas housing primary care personnel (funded by the province) and community health staff (funded by the federal government) be situated in two separate buildings. However, the two buildings shared a common wall that was to be replaced with a connecting door once construction was complete.

made clear, these problems could have been largely avoided if an experienced project manager had been in place at the outset of the initiative.

3.1.5 Cost-Effectiveness

Although many of the studies reviewed do not provide a comprehensive, quantitative assessment of cost-effectiveness, a number of them do highlight approaches that are likely to generate long-term savings in health costs. In general, the most successful interventions were those emphasizing an investment in early childhood health and development, the pursuit of service integration, or the more intensive use of lower-cost services.

Promoting healthy development at the beginning of a child's life contributes to improved health status during that individual's adult years (Working Group on the National Strategy on Healthy Child Development, 1998). Although the measurement of such effects requires longer-term evaluation than was undertaken in any of the HTF-supported projects, the *Healthy Families: Primary Health Care Services to High Risk Families* project (AB301-14) was nonetheless successful in generating savings in a number of areas. In particular, the project's emphasis on providing skills development, parenting education, and links to community resources led both to measurable impacts, such as a reduction in the number of emergency room visits by participating infants, and less tangible effects, including fewer apprehensions by child welfare agencies and an early return of those children who had been placed outside of the parental home. Indeed, a long-term evaluation of the American Healthy Families Programs, on which this initiative is modelled, cites a three- to six-dollar payback on each dollar invested.

Positive results were also achieved by initiatives pursuing service integration or the more intensive use of lower-cost services. This is seen in *A Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation* (NA305). With this project's emphasis on integrating physician services and community-based programs and the use of a multi-disciplinary primary care team encouraged to work collaboratively, project managers projected a 40 per cent drop in emergency department visits for fiscal year 2000 (final figures were not available when the report was prepared). At the same time, the frequency of visits by Eskasoni residents to family doctors decreased from a high of 11 per year in 1997 to five in 1999.

A project that offered supportive housing and other community-based services to Nunavik residents with several mental health problems (QC434) achieved notable success in reintegrating clients into their respective communities by helping them acquire social skills and by providing employment opportunities. In this way, mentally ill individuals could continue to live in a familiar cultural milieu and benefit from local support structures. Given that hospitalization had previously been the only option when family members were no longer able to cope, the initiative may result in significant savings, in terms of both transportation expenses and hospital-based care expenses.

3.1.6 Transferability

As the findings of HTF-supported research demonstrate, successful project replication requires a clearly articulated framework, the flexibility to respond to local conditions and circumstances, and a commitment to a comprehensive evaluation process.

Among the initiatives reviewed, few placed greater emphasis on replication than the FNIHB's *First Nations and Inuit Home Care* project (NA108), carried out in partnership with five Aboriginal communities over 18 months beginning in late 1998. By emphasizing the development of a sturdy delivery structure, built upon a peer review and community

needs assessment process, along with the elaboration of a framework of essential services, the model lends itself to adoption by other communities. Moreover, it is flexible enough to allow for the addition of new components or the expansion of existing services in response to local needs and priorities. Information derived from the project has already been used by Health Canada managers to initiate home and community care programs in more than 600 Aboriginal communities across the country.

Though not field tested, the Quebec Native Women Association's *Grass-Roots Approach to Addressing the Home Care Needs of the Urban Aboriginal Population in Canada* (NA1022) also provides a number of insights regarding the design and delivery of services to Aboriginal people living off-reserve. Among the most significant of these is a detailed checklist of culturally appropriate program components, along with an evaluation framework that can be used to judge the capacity of Aboriginal-specific home care programs to meet client needs.

A number of other projects are also characterized by approaches or lessons learned that may usefully inform the activities of organizations and communities elsewhere. For example, the framework developed by *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* (QC434) to establish a "re-integration centre" in Inukjuak provides a basis for the creation of similar centres in other remote communities grappling with problems related to addictions or mental illness. In short, by staffing the centre with a multidisciplinary mental health team whose functions include community outreach, and by accepting both long- and short-term placements (such as for respite purposes), the project is able to meet a wide range of needs under a single roof.

Meanwhile, the *Transition to an Integrated Primary Health Services Model* project (SK330) - a University of Saskatchewan project to identify the health needs and concerns of low-income individuals in Regina and Saskatoon - proved highly successful, largely on account of its use of a participatory research methodology. The approach entailed asking members of the target population to develop and administer a "community-based health related strengths and challenges survey," after which they reviewed the findings within the communities and then finalized the results. By identifying gaps and overlaps in service delivery and by highlighting the degree to which community members are failing to respond to medical advice regarding chronic conditions, the initiative demonstrated its viability as a way of obtaining detailed information while empowering participants to make healthy choices in their lives.

Significantly, several HTF projects also provide information on barriers that must be taken into account if successful replication is to occur. In the first instance, northern communities taking part in the FNIHB's *First Nations and Inuit Home Care* project (NA108) indicated that they would require additional funding to cover the high cost of accommodation, staff wages, and travel in their region. As well, the lack of standardization in telehealth systems across provinces and territories was identified as a concern in the *First Nations National Telehealth Research Project* (NA402), effectively preventing interconnectivity among Aboriginal communities and decreasing the scope for technological transfer.

3.2 Other Findings

3.2.1 Communication

Lack of effective communication can affect a community health initiative in a number of ways. Most notably, it can lead to conflict and misunderstandings among project team members, as well as reducing the degree to which particular populations understand and respond to health-related messages and services. However, as HTF-supported researchers demonstrated, these problems can be mitigated by an early investment in the development of forthright, formalized channels of communication, and by working with client groups to ensure that project implementation occurs in a manner that is at once culturally and linguistically appropriate.

For example, the importance of communication among stakeholders was highlighted in *An Evaluation of Integrated Services for Families of Aggressive School-Aged Children* (SK324). Successful integration requires prompt action at the outset of the project to explain to clients how the initiative will affect them, while promoting an environment where project staff can "clarify information [or] offer new perspectives without being immediately judged by others" (p. 25). The establishment of formalized channels of communication both within and between organizations is also vital. In others words, project leaders must ensure that the roles and responsibilities of team members are clearly defined and that lines of accountability and reporting are both in place and respected.

Meanwhile, the *Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems* project (QC434) demonstrated the importance of culturally appropriate communication when Aboriginal people are among a project's target population. In their final report, researchers argued that an important element in the initiative's success was the effort made at the outset to prepare the communities, to jointly establish objectives and procedures, and to clarify lines of accountability. Similarly, the fact that clients participating in the Battlefords Health District's *First Nations Health Liaison Workers* project (SK402) expressed satisfaction with the initiative was closely related to the fact that they were dealing with individuals who knew Cree and were familiar with their cultural and community realities.

At a more general level, researchers found that conventional health promotion messages are often not reaching marginalized populations, including Aboriginal people. This is one of the conclusions drawn by the authors of the Keeweetinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA) study *What are the Client Characteristics and Their Perceived Barriers for Non-adherence to Immunization Schedules?* (AB301-20) on means of improving immunization rates among the region's non-compliant population. Faced with this situation, project leaders called for greater emphasis on personal contact with clients (either by telephone or in person), and for health professionals to provide more direction to at-risk patients while encouraging them to take responsibility for their own health.

In a similar vein, a University of Saskatchewan initiative *Transition to an Integrated Primary Health Services Model* (SK330), involving the implementation of a community-based health survey in downtown Regina and Saskatoon, found that project participants tended to be silent and unresponsive to medical advice. While the lack of monitoring precludes an assessment of whether the project had a lasting effect on participants' health-related behaviour, it highlights the extent to which a truly participatory approach, in which community members are made co-managers in the design, implementation, and finalization of the project, can generate greater citizen participation and engagement.

3.2.2 Mediating Structures

Many of the HTF reports referred to the importance of key actors, such as community leaders or liaison personnel, whose intervention or support had a significant impact on project outcomes. These individuals played the role of mediators, encouraging others to participate in the initiative, facilitating communication between project staff and community members, or helping to resolve conflicts and differences of understanding.

Health liaison workers, by acting as a bridge between Aboriginal clients and other members of the health services team, are a case in point. Not only has their use been advocated in the context of home care services delivery to Aboriginal people living in urban areas (NA1022), but their positive impact on project implementation was also highlighted by those involved in *Health for All* (AB301-18), a project carried out by Lakeland Regional Health Authority (LRHA) in co-operation with four Métis settlements. This initiative was characterized by considerable distrust among the stakeholders, and an Aboriginal liaison worker played an important role in explaining the project to Métis community members and securing their participation. The worker also acted as the principal intermediary between Métis leaders and the LRHA management team.

HTF project results also underscored the degree to which community leaders can influence the relative success or failure of a given initiative. For example, in *Diabetes Community/Home Support Services for First Nations and Inuit* (NA1012), a pilot program undertaken by the FNIHB to test the effectiveness of different home care models for Aboriginal diabetes sufferers and their families, researchers found that success was determined less by the particular model chosen than by its responsiveness to community needs, along with the support it received from the local leadership. In this regard, the authors of the final report noted that the "level of [leadership] involvement is not as important as [their] recognition of the need and support for the program" (p. 28).

Similarly, stakeholders involved in the implementation of the *First Nations and Inuit Home Care* project (NA108) indicated that the "need for community and leadership participation and support was identified in every phase of the project" (p. 23). Although the evaluation process confirmed that leaders supported the initiative and believed in its importance, difficulty in obtaining time with the leaders to discuss home care issues was identified as a problem.

4. Health Human Resources

Health sector managers in Aboriginal communities face many of the same human resources issues that their colleagues elsewhere in the country face. Yet, a number of special challenges identified in the project reports warrant consideration.

4.1 Management

Service integration or the introduction of a new delivery framework invariably generates a certain amount of stress and uncertainty among those affected by the changes, including clients and staff members. Project leaders, in dealing with these concerns, emphasized the importance of clear role delineation and the early adoption of human resources policies and supports. By the same token, the stress associated with the adoption of a new framework can be exacerbated by insufficient planning or a lack of professional supervision.

Thus, in the context of the Battlefords Health District project targeting aggressive school-aged children (SK324), professionals involved in the initiative stressed the need to define, in a clear and consistent manner, the roles and responsibilities of new staff employed in an integrated service delivery environment from the outset of the project. At the same time, the experiences of the pilot communities involved in the FNIHB's *First Nations and Inuit Home Care* project (NA108) suggested that comprehensive human resources policies and supports were an important element in project success. Such supports include a consistently applied personnel policy manual, clear job descriptions and expectations, vacation and sick leave benefits, and pension and health benefits.

As well, particular emphasis was placed on the importance of working with existing community health staff to redefine their roles in the new service delivery framework. This point was made by the author of the final report of the *Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation* (NA305) with reference to the impact of a decline in the number of individuals travelling outside of the community to see a physician:

This shift in access to primary care has achieved considerable economic savings for the Medical Transportation budget, but has created significant financial hardship for the 17 medical taxi drivers who, for years, had provided this service. In a community where unemployment is very high, the loss of this number of relatively well-paying jobs is significant.... In retrospect, greater care should have been taken to anticipate this consequence, and steps taken to prepare those who would be economically disadvantaged (p. 42).

Finally, competent supervision was also identified as a vital ingredient to project success. For example, according to the evaluator of the Eskasoni Primary Care project, difficulties in integrating acute care and community health personnel were in large part due to the lack of a full-time administrator. Although many of the problems were cultural or structural, rooted in the physical separation of staff and contrasting organizational principles, there was a strong sense that these issues would be resolved once a health centre director was in place.

4.2 Cultural Sensitivity

In the face of research findings showing that Aboriginal people continue to experience a high degree of discrimination and racism at the hands of mainstream health care providers (Browne, Fiske, & Thomas, 2000), project leaders emphasized the importance of personal suitability when hiring personnel to work in Aboriginal health settings, along with the need to ensure that staff have undergone adequate cultural sensitivity training.

For example, the Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik (QC434) adopted a highly structured approach to staff selection to ensure that individuals with the right skills and competencies were brought together to work in the Inukjuak "re-integration centre" for people with severe mental health problems. In particular, project leaders established a staff selection committee that represented the diversity of stakeholder interests, including those of the local health centre and community. In turn, when considering the qualifications and background of external applicants, the committee paid special attention to the program objectives and community context, as well as to the candidate's experience in working with Aboriginal communities, skills in the context of a multidisciplinary team environment, and capacity to adapt to a new environment.

Meanwhile, the need for cultural sensitivity when dealing with Aboriginal clients was strongly voiced in a project report prepared by the Quebec Native

Women's Association (NA1022). The report argued that meeting the home care needs of urban Aboriginal people necessitates the training and hiring of Aboriginal staff in all areas, from home support to physician services, and that Aboriginal personnel are not available, other employees should be provided with appropriate cultural-awareness training.

4.3 Hiring and Retention

Problems related to staff shortages or difficulties in hiring and retaining qualified personnel were identified as issues in a number of the HTF studies. Project managers stated that more time and resources should be allocated to recruitment and that special measures may be necessary in remote regions to attract appropriate applicants. Such measures may include increasing wage and accommodation allowances or providing individuals with time to incorporate traditional practices (e.g., hunting) into their schedules.

As an example of the staffing challenges encountered in the North, the Inuit Tapirisat of Canada (ITC) noted in the *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions* project (NA485) that while communities in this region have access to basic nursing services, the system is experiencing considerable strain because of shortages of personnel. However, as the findings of an aborted HTF-supported initiative in Nunavut (NV321) demonstrate, staff shortages are unlikely to be addressed merely by allocating additional resources to recruitment. This project, which was intended to ease workload pressures on physicians by expanding the role of nurse practitioners, was never launched, despite strong stakeholder commitment and the availability of extra funds, because managers were simply unable to hire a nurse practitioner for the position.

Meanwhile, those involved in the Lakeland Regional Health Authority's *Health for All* (AB301-18) reported a lack of applicants for the position of settlement nurse,[2] which they attributed in part to the professional isolation of the post. Nurses were expected to work primarily on their own and risked considerable loneliness, particularly if "the local community did not take the nurse under their wing and include them in community activities and link them up with other service providers" (p. 8). These findings prompted the report to recommend the hiring of an experienced nurse for such positions and to call on community leaders to take concrete steps to facilitate his or her integration into community life.

In the context of the FNIHB *First Nations and Inuit Home Care* initiative (NA108), northern communities taking part in the project highlighted the need for extra funds to cover staff wages and accommodation in recognition of the high cost of living in these areas. Employee burnout was identified as a concern by those involved in the development of the Nunavik re-integration centre (QC434), prompting a recommendation that health professionals involved in the initiative should "rotate" in and out of the community on a regular basis.

Project leaders also encountered difficulties in achieving a stable Inuit workforce. Employees were willing only to work part-time, in order to accommodate traditional activities and family responsibilities, while a number of individuals left because of personal crises and other problems. This led the final report to propose that a minimum of six to eight months be allocated to the recruitment

2. Project leaders hired four settlement nurses to work half-time on each of the four Métis settlements in the Alberta Lakeland region. The nurses were to provide public health and home care services as part of a multidisciplinary health team.

process in small communities without experienced personnel, and that on-the-job training be provided as part of this process.

4.4 Training

Many HTF projects demonstrated the benefits of providing targeted training for both professional and non-professional health workers. Not only can such training lead to enhanced morale and job performance, it can also promote changes in staff practices that result in increased efficiencies or lower service delivery costs. The provision of adequate training was particularly crucial in the context of telehealth initiatives, both to ensure that staff were knowledgeable in the operation of the technology and that physicians and other client groups felt comfortable using it.

Thus, while at least one of the telehealth project reports noted that insufficient personnel training, combined with unreliable equipment, contributed to the initiative's lack of success in meeting patient needs in a consistent manner, another (NA402) highlighted the importance of offering health care providers a detailed orientation on the technology, including its strengths and weaknesses. The report authors stressed that such an orientation should address providers' liability concerns (e.g., as they relate to the technical quality of transmitted medical images).

Meanwhile, the *Diabetes Community/Home Support Services for First Nations and Inuit* project (NA1012) emphasized the value of providing education and training to front-line staff working in "non-professional" capacities. In particular, the project report argued that the training of care providers was one of the first and most critical steps in the establishment of community-based diabetes services. This view was shared by those involved in the *First Nations and Inuit Home Care* project (NA108), who stated that the benefits of training programs for home support workers included improved services, along with increased self-esteem, improved job performance, and more professionalism among staff members. However, project leaders also noted a number of challenges, ranging from problems in finding affordable training in the community to the difficulties experienced by some prospective participants in meeting educational entrance requirements.

A pilot project by the Sisters of Charity of Ottawa Health Services, *Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner/Family Physician Collaborative Models of Care* (NA342), also showed how concrete benefits can be realized through a highly focused training program. Having developed a learning module designed to enhance "structured collaboration" between nurse practitioners and physicians, project staff field tested it at two intervention and two control sites in rural and remote parts of Ontario. The behaviour of nurse practitioners at the intervention sites changed significantly as a result of the training exercise: they referred fewer situations to physicians and took responsibility for the more complex care of patients. Although a similar change was not observed among physicians who completed the module, the initiative was nonetheless successful in showcasing an approach that might be used to empower nurse practitioners to play an even more prominent role in the primary health care team than they do already.

5. Cross-Sectoral Implications

When the Lalonde Report, *A New Perspective on the Health of Canadians*, was first published in 1974, its observation that health status is a function of the interrelationship between lifestyle, environment, genetic endowment, and health services was groundbreaking. Although our understanding of the social and physical determinants of health has become more sophisticated over the past quarter-century, the central lesson of the Lalonde Report has remained fundamentally unchanged: good health is dependent on much more than access to physicians, hospitals, and other health services. Rather, health status is also shaped by factors such as lifestyle, environment, and human biology, necessitating research that is focused more broadly on the conditions necessary for individuals to live healthy, fulfilling, and productive lives. The findings of many of the HTF projects shed light on the impact these broader conditions have on Aboriginal health.

5.1 Education

Although research shows that Aboriginal women are more likely than their male counterparts to possess a university degree or to have pursued some post-secondary or secondary studies, the level of educational attainment among Aboriginal people in general nonetheless lags far behind that of the rest of the Canadian population (Canada, 2000). The health implications of this state of affairs are significant. As Health Canada's *Second Report on the Health of Canadians* makes clear, those with little formal education are more likely to be unemployed and poor, are characterized by higher rates of smoking and physical inactivity, and are less likely to rate their health status as "excellent" (Canada, 1999).

A number of HTF studies offered recommendations for enhancing individuals' educational experiences. For example, the Battlefords Health District's *Evaluation of Integrated Services for Families of Aggressive School-Aged Children* (SK324) demonstrated the usefulness of targeted interventions, such as integrated case management and the provision of family counselling at home, in school, and in other non-conventional settings, in addressing children's behavioural problems. Although a quantitative assessment of the project did not register a statistically significant change in the children's behaviour,[3] the initiative received highly positive feedback from teachers, caregivers, and other social services professionals, who reported an improvement in study participants' abilities to perform at school and relate to others. In light of these findings, other organizations, including First Nations, school boards, and provincial and territorial governments, may wish to explore the feasibility of launching similar programs in their own jurisdictions.

5.2 Employment and Income

In general, Canada's Aboriginal people experience rates of poverty and unemployment significantly greater than those found in other sectors of the population. The incidence of low income is particularly high among certain groups of Aboriginal people, such as women, of whom 42.7 per cent were living below the poverty line in 1996 (Canada, 2000). From a health perspective, poor individuals suffer more illnesses and die at a younger age than do higher-income people (Canada, 1999).

3. According to the final report authors, these results may be due to the small sample size or the short time frame of the project.

Economic development in Aboriginal communities must be seen as a critical element in any strategy to improve the health and well-being of Canada's Aboriginal population. For instance, studies such as those undertaken by the FNIHB with the Eskasoni First Nation (NA305) and the Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik in Inukjuak (QC434) identified the lack of job opportunities as a serious problem in both these communities. The Inukjuak initiative in particular showed how the provision of employment to those suffering from serious mental illnesses can, in combination with other resources, play a useful role in helping them stabilize their lives, achieve greater independence, and improve their quality of life.

Also noteworthy are project findings that point to a relationship between poverty and unhealthy lifestyle choices. For instance, the KLRHA's study of barriers leading to non-adherence in immunization schedules (AB301-20) showed that children of caregivers who were young, single, and Aboriginal with a below-average income and less than a grade 12 education were among the most likely to be under-immunized. Similarly, the Elizabeth Fry and John Howard Societies of Saskatchewan, in a project aimed at lowering recidivism rates among offenders in provincial correctional facilities (SK333), found that inmates had high levels of poverty and unemployment prior to their incarceration: 65 per cent of female participants indicated that they had been receiving social assistance, and 50 per cent of male participants stated that they had been unemployed when they began serving their sentence. These results highlight the complex nature of the health and social problems facing Aboriginal people as well as the need for multisectoral strategies to address these concerns.

5.3 Social Environments

Social alienation and communal and family violence are serious problems in many Aboriginal communities. The rate of suicide among Inuit men aged 16 to 30 is approximately ten times that of non-Aboriginal men in the same age category (Brann, 1996), and alcohol-related hospital admissions are three times higher for Aboriginal women than for their non-Aboriginal counterparts (Canada, 1996). At least three quarters of Aboriginal women have been the victims of violence at least once in their lives (Canada, November 1999).

The impact of these problems on the social fabric of Aboriginal society, not to mention their effects on the health and well-being of individuals and their families, is far-reaching. Self-government, reconciliation, and the recovery of Aboriginal culture, language, and traditions are fundamental components of the healing process, but they will take years to attain. Steps must also be taken over the short and medium term to address Aboriginal people's marginalization.

Two of the initiatives supported by the Health Transition Fund warrant particular attention in this regard: *Healthy Families: Primary Health Care Services to High Risk Families* (AB301-14) and *Addressing Prescription Drug Misuse in First Nations Communities* (NA408). In the first instance, a project undertaken by the Capital Health Authority to improve parenting skills and to foster personal development among low-income families in Edmonton was a remarkable success. Not only did parents' knowledge of their child's development increase as a result of the initiative, but the parents also reported an improvement in their relationship with their child. Although project evaluation continues, its achievements to date emphasize the benefits of a holistic approach involving a range of service providers, from health agencies to community-based organizations.

Meanwhile, First Nations governments, along with managers working in federal departments such as Indian and Northern Affairs Canada, may wish to consider the findings of the FNIHB initiative (NA408) to address prescription drug misuse in Red Bank First Nation in New Brunswick. Although the project was dogged by problems in a number of areas, its findings show how any attempt to overcome youth alienation and substance abuse is complicated by a wide range of factors, including the ease with which drugs can be obtained in the community, the lack of legal or social sanctions for prescription drug misuse, and community resistance to discuss or address the problem. By the same token, the project report also highlights the power of traditional practices, such as the powwow and sweat lodge, to promote healthy lifestyles among children, youth, and adults.

6. Implications for Policy and Practice

In attempting to address the health challenges facing the country's Aboriginal population, HTF projects were guided by one or more of the following objectives: to improve Aboriginal people's health status and outcomes; to remove barriers hindering Aboriginal individuals' access to the health system; and to develop capacity within Aboriginal communities to plan, execute, and evaluate their own health programming. Each of these objectives is important in its own right, but all three must form part of an integrated strategy to overcome the profound health inequalities that continue to divide Aboriginal from non-Aboriginal Canadians.

In the first instance, efforts to enhance Aboriginal people's health status must confront existing policies and practices that promote inefficiencies or are pernicious in their effects. For example, the requirement that people eligible for FNIHB benefits must see a doctor in order to be reimbursed for any health-related product, from prescription medicine to sunscreen, has led to the overuse of physician services in some communities. To deal with this situation, policy-makers may wish either to delegate responsibility for the approval of non-prescription drugs to nursing or administrative staff or to introduce a rationing system based on current consumption levels. At the same time, the results of an FNIHB initiative to address prescription drug abuse in Red Bank First Nation (NA408) emphasize the need to raise awareness of the dangers posed by the inappropriate use of such drugs, while encouraging community leaders and health providers to work together to institute a monitoring program that would identify those who may be misusing them.

Research funded by the HTF demonstrated that a project's success in improving participants' health outcomes was less a function of the size of its budget than of its ability to work with established community groups to address a documented need within a well-defined target population. This finding highlights the key role that grassroots Aboriginal organizations can play in the implementation of community-based health initiatives. Not only are these organizations knowledgeable about the needs of Aboriginal clients, their credibility as service providers helps to promote individuals' participation in the project. The finding also emphasizes the importance of focusing interventions on groups who have a high risk of poor health outcomes, such as diabetic elders in need of home support, or on those who are most likely to derive long-term benefits, such as children and youth. Particularly vital in this regard

are initiatives that encourage young mothers to make positive lifestyle choices that promote healthy childhood development or that lead to adequate learning and recreational opportunities for Aboriginal youth.

At a more general level, the HTF projects served to highlight the multidimensional nature of many of the health challenges facing Aboriginal people. For example, mental illness is only one of several problems affecting residents of the Inukjuak reintegration centre in Nunavik (QC434). The other difficulties include substance abuse, few employment opportunities, and a family's inability to provide an individual with sufficient care. In situations such as these, community health planners must assess the health needs of Aboriginal clients holistically by placing them within their wider social and economic contexts. This approach (e.g., encouraging adolescent mothers to return to school or providing physically disabled individuals with job placements in local businesses) emphasizes the potential for fruitful partnerships between health organizations, educational institutions, and economic development bodies.

The elimination of health service access barriers for Aboriginal people was another key element in many of the studies reviewed. Project leaders adopted a variety of strategies to improve access, ranging from the establishment of holistic service delivery frameworks in remote communities to the more intensive use of Aboriginal liaison personnel; most problematic were initiatives that made use of telehealth services. This technology clearly demonstrated its potential to improve client access to specialist care while eliciting positive feedback from health personnel who had new opportunities for professional development and support, but its impact on health outcomes and the quality of care was ultimately inconclusive. Moreover, several clients indicated that they felt uncomfortable with the technology or were frustrated by its unreliability. Even though HTF projects were unable to demonstrate telehealth's cost-effectiveness, there is a continued need for research in this area, particularly with a focus on health outcomes, cost-effectiveness, and inter-operability across provincial and territorial boundaries.

This is not to suggest that such research should be undertaken at the expense of other efforts to improve Aboriginal people's access to health services. In particular, a recurring theme in many of the initiatives was the importance of personal contact, along with that of culturally and linguistically appropriate forms of communication, in promoting Aboriginal use of the health system. Indeed, a strong case can made for a two-pronged approach to address the access challenge. First, policy-makers must take steps to promote face-to-face contact between health providers and their Aboriginal clients by, for example, making greater use of house calls, reducing individuals' caseloads, and allowing greater flexibility in the scheduling of appointments. Not only would this increased level of interaction lead to improved understanding on both sides, but it would also give care providers an opportunity to follow their clients more closely while promoting healthy lifestyle choices.

Second, findings showing that Aboriginal clients often feel more comfortable when dealing with Aboriginal health workers emphasize the need for the more intensive use of Aboriginal liaison personnel in mainstream health settings. Furthermore, additional efforts must be made to facilitate Aboriginal people's access to health careers, both by expanding scholarship opportunities and, crucially, by enhancing the level of personal and professional support available to those already working in the field.

Closely related to the challenge of recruiting sufficient numbers of Aboriginal health staff is the issue of capacity building. Although few of the HTF

initiatives explicitly addressed the implications of transferring control over health care delivery from the federal government to First Nations, this is an ongoing process. The shift lends urgency to the task of ensuring that Aboriginal communities have the resources needed to plan, implement, and carry out their own health programming.

An important element in this process is the provision of adequate training and skills-upgrading opportunities to health workers and managers. In the field of home care, for example, the participation of front-line staff in training workshops was shown to improve service quality, while increasing employee self-esteem, job performance, and professionalism (NA108). The benefits of training are likely to be even more visible at the managerial level, given the critical importance of professional supervision and leadership to the success of community-based health projects. Thus, not only should budget allocations for such projects include a training component, but policy-makers may wish to consider developing a national program to foster excellence in Aboriginal health management. As well, the Inuit Tapirisat of Canada's observation that there are several conventional health indicators for which no Inuit data are available (NA485) highlights the need for additional investment in communities' capacity to collect, manage, and exploit local health data.

At a more fundamental level, the success registered by several of the HTF initiatives in addressing specific health issues, such as low breastfeeding rates or lack of home support, highlights the important role that community-based grassroots projects can play in meeting Aboriginal people's basic health needs. However, some community organizations involved in the planning and execution of such initiatives reported difficulties in meeting deadlines or in fulfilling other, non–project-related responsibilities. For this reason, not only must governments and funding agencies recognize the need for flexibility when working with local organizations, they must also be prepared to offer these organizations support, in the form of additional resources or expertise, to ensure that they can carry out project activities effectively.

7. Conclusions and Recommendations

7.1 Enhancing Aboriginal People's Health Status and Outcomes

Key lessons learned

The requirement that people eligible for First Nation and Inuit Health Branch (FNIHB) benefits must see a doctor in order to be reimbursed for any health-related product has led to the overuse of physician services in some communities.

The misuse of prescription drugs is a serious problem in some Aboriginal communities.

Community health initiatives are most likely to be successful when they address a documented need within a well-defined target population.

The health challenges facing Aboriginal people are multi-faceted, encompassing individual, social, economic, and political dimensions.

Recommendations

Health Canada should initiate a consultation with Aboriginal governments and health stakeholders to identify options for increasing the cost-effectiveness of the FNIHB drug benefit plan. These options would include, but are not necessarily limited to, shifting responsibility for the approval of non-prescription drugs needed by FNIHB drug plan beneficiaries from physicians to nursing or

administrative personnel, or introducing a non-prescription drug rationing system based on current consumption levels.

Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and health stakeholders, should plan and execute a national public education program to raise awareness among Aboriginal youth about the dangers of prescription drug abuse.

Health Canada, Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and Aboriginal health organizations should prioritize the community health needs of Aboriginal community members and focus their interventions on groups found to be at high risk of poor outcomes and those most likely to derive long-term benefits, such as children and youth.

Aboriginal health organizations should explore the feasibility of entering into partnerships with other community organizations to promote the personal development of health clients, for example, through job placements or pursuit of vocational training.

7.2 Eliminating Barriers to Aboriginal People's Access to Health Services

Key lessons learned

Health service access barriers confronting Aboriginal people can be mitigated by establishing holistic service delivery frameworks in remote communities and by deploying Aboriginal liaison workers as members of the primary health care team.

Although telehealth initiatives improve clients' access to certain services, their impact on health outcomes and their cost-effectiveness remain inconclusive.

Recommendations

Health Canada, provincial/territorial health ministries, the National Aboriginal Health Organization, and other health stakeholders should undertake additional research on means of enhancing the effectiveness and efficiency of telehealth services.

To promote a greater Aboriginal use and knowledge of the health system, Health Canada, provincial/territorial health ministries, and Aboriginal health stakeholders should encourage physicians and other members of the health services team to spend more time with Aboriginal clients by, for example, making greater use of house calls, reducing individuals' caseloads, and allowing greater flexibility in the scheduling of appointments.

Health organizations with a significant number of Aboriginal clients should consider making greater use of Aboriginal health liaison personnel.

Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial governments, and health stakeholders, should facilitate Aboriginal people's access to health careers. For example, they could expand scholarship opportunities and enhance the level of personal and professional support available to those already working in the field.

7.3 Developing Aboriginal Capacity in Health Programming

Key lessons learned

Providing adequate training and skills-upgrading opportunities to health personnel employed in Aboriginal settings improves service quality and increases employee self-esteem, job performance, and professionalism.

Professional supervision and leadership are vital to the success of community health projects.

There are several conventional health indicators for which no Inuit data are available.

Community-based grassroots organizations can play an important role in meeting Aboriginal people's basic health needs, but a lack of resources or personnel often results in difficulties in meeting deadlines or in fulfilling other, non–project-related responsibilities.

Recommendations

Organizations funding community health projects in Aboriginal settings should consider allocating additional monies for staff training purposes.

Health Canada, in partnership with Aboriginal governments, provincial/territorial health ministries, and health stakeholders, should explore the feasibility of creating a national centre to promote excellence in Aboriginal health management.

Health Canada, in consultation with Aboriginal governments, provincial/territorial health ministries, and other health stakeholders, should allocate additional resources to support Aboriginal communities' collection, management, and use of local health data.

Health Canada, provincial/territorial health ministries, and other agencies that provide funding to community-based health organizations working with Aboriginal clients should consider providing additional resources or expertise to strengthen their management or administrative capabilities.

References

Brann, C. (1996). *Issue paper on suicide among the Inuit.* First Draft. Ottawa: Pauktuutit Inuit Women's Association.

Browne, A., Fiske, J., & Thomas, G. (2000). *First Nations women's encounters with mainstream health care services and systems.* Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Canada. House of Commons. (1995). *Towards holistic wellness: The Aboriginal peoples.* Ottawa: The Author.

Canada. Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Perspectives and realities.* Vol. 4. Ottawa: The Author.

Canada. Statistics Canada. (1999). *Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians.* Ottawa: The Author.

Canada. Statistics Canada. (November 1999). *A second diagnostique on the health of First Nations and Inuit people in Canada.* Ottawa: The Author.

Canada. Statistics Canada. (2000). *Women in Canada 2000: A gender-based statistical report.* Ottawa: The Author.

Canadian Criminal Justice Association (2000). *Aboriginal peoples and the criminal justice system life expectancy.* Retrieved August 6, 2001, from http://home.istar.ca/~ccja/angl/abori2.html

Evers, S. (1991). Dietary intake and nutritional status of Canadian Indians: A review. In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, & T. Young (Eds.), *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health* (pp. 731–734). Winnipeg: University of Manitoba Press.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document.* Ottawa: Health and Welfare Canada.

Linehan, S. (1992). Giving birth the "white man's way." *Healthsharing, 13*(2), 11–15.

Lowell, J. (1995). Rethinking traditions: Women taking charge of culture, medicine and each other. *Herizons: Women's News, Feminist Views, 9*(1), 25–26.

Martin, J., & Bell, P. (1991). Diabetes mellitus in the Native population of British Columbia. In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, & T. Young (Eds.), *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health* (pp. 433–435). Winnipeg: University of Manitoba Press.

Native Women's Association of Canada. (1996). *Healthy children, healthy nations: A framework document to support the well-being of First Nations' children.* Ottawa: The Author.

Native Women's Association of Canada. (1997). *"Hear their stories": 40 Aboriginal women speak.* Ottawa: The Author.

Pan-American Health Organization (PAHO). (1999). Canada: Basic health profiles, summaries 1999. Retrieved January 17, 2001, from http://www.paho.org/English/SHA/prflcan.html

Shestowsky, B. (1993). *Traditional medicine and primary health care among Canadian Aboriginal people.* Ottawa: Aboriginal Nurses Association of Canada.

Working Group on the National Strategy on Healthy Child Development. (1998). *Report of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health.* Ottawa: The Author.

Appendix A: List of HTF Projects Relevant to Aboriginal Health

This appendix provides summary information on the HTF projects which were reviewed in the preparation of this document. For further information, please refer to the HTF website (www.hc-sc.gc.ca/htf-fass).

(NA108) First Nations and Inuit Home Care

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $1,421,600

This evaluation of an 18-month pilot project influenced the development and implementation of the new national First Nations and Inuit Home and Community Care Program. The project undertook to assess and find new ways to meet home care needs in five geographically diverse First Nations sites. The project resulted in considerable practical and valuable information that has already been used by senior decision-makers at Health Canada to initiate home and community care programs in over 600 First Nations and Inuit communities. Home care program managers and administrators will find the commentary on time lines, communication challenges, and infrastructure for program delivery highly relevant to their work and program development.

(NA305) A Tri-Partite Approach to Developing a New Model of Primary Care for Eskasoni First Nation

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $465,133

This project designed, implemented, and evaluated a holistic model of health service delivery in Eskasoni, a First Nations community in Cape Breton, Nova Scotia. The project initiated the following elements: the continuing transfer of health care administration from the federal government to the local band; the change of physicians' services from a solo, fee-for-service model to the model of a multi-doctor, multidisciplinary clinic; the construction of a new health complex, housing services from both within and outside the community; the better utilization of physicians, hospitals, and prescription drugs; the integration of doctor-based services with community health programs; and the establishment of links with the regional health centre. The model made improvements in the efficiency and effectiveness of programs. Although not all the data were available at the time of evaluation, during the first year, visits to the emergency department declined by 40 per cent; visits to family doctors declined from a high of 11 per year to four per year; and the cost of prescribed medicines decreased 7 per cent despite a 10 per cent increase in population.

(NA342) Improving the Effectiveness of Primary Health Care Through Nurse Practitioner/Family Physician Collaborative Models of Care

Recipient: Sisters of Charity of Ottawa Health Services

Contribution: $745,695

This study systematically evaluated ways to improve "structured collaboration" between nurse practitioners and family physicians at two intervention and two control sites in rural and remote parts of Ontario. A learning module on collaborative practice was designed, pilot tested, and then introduced at the intervention sites. After completing the module, the participating health care providers (nurse practitioners and family physicians) selected five actions that could be undertaken in the study time frame to strengthen their own collaboration. The project found that changes occurred at the intervention site once an effort had been made to structure the collaboration. Whereas nurse practitioners assumed increased responsibility for curative activities, took on more complex care of patients, and referred fewer situations to family physicians, the physicians did not change their referral patterns – full collaboration, with a high level of two-way referral, was not achieved. Investigators believe that more time and experience is needed for that shift to occur. New, agreed-upon role guidelines were successfully adapted, and, at the comparison site, in-house referrals to physicians increased during the study period.

(NA402) First Nations National Telehealth Research Project

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $1,998,000

This project studied how telehealth might improve the access to health services in rural, isolated communities – terms that describe a third of all First Nations and Inuit communities. Five First Nations communities were chosen to pilot this two-and-a-half year telehealth project. The goals were for families to "visit" distant hospitalized patients via video conferencing, for patients to be treated in their communities through electronic connections with health experts, and for isolated health staff to access training, information, and expertise. Costs were incurred through the introduction of technology and the need to service that technology (infrastructure costs averaged $245,000 to $305,000 per community). The technology raised legal and technical challenges regarding privacy and confidentiality, and it also introduced a need for training and technical support. Telehealth coordination required additional personnel with medical qualifications to facilitate communication with remote providers, a challenge in resource-constrained communities that are facing chronic nurse shortages. This study noted that telehealth "decreases efficiency" in terms of workload by increasing pressures on human resources at the local community level. It also increases the costs of certain allied health services. In order for First Nations and Inuit communities to connect with each other and participate in joint initiatives, telehealth equipment must be standardized and made interoperable. The report concludes that although this evaluation shows that telehealth can be successfully implemented in isolated First Nations communities, without the necessary human, financial, or technical resources, "there is a high risk of project failure."

(NA403) National Telehealth Community Care Pilot: The Nephrology Telemedicine Project

Recipient: Beauséjour Hospital Corporation, Moncton

Contribution: $2,983,200

This pilot study in northeastern New Brunswick had three components: a distance education project used video conferencing to inform First Nations people with diabetes about the risks of chronic renal failure and appropriate lifestyle adjustments; a comparison of the effectiveness of distance versus on-site education of patients prior to dialysis; and supervised dialysis treatments delivered in satellite centres via video link and electronic transmission of data. The first two components of this project, using video conferencing for health education, were promising in receiving positive feedback from patients, but the results were inconclusive due to short time frames and small sample sizes. The third component marked the first time in Canada that telemedicine techniques had been applied to dialysis, and project organizers learned a great deal about planning and implementing complicated new technology and software. Although patients saved money by not having to travel and reported satisfaction with the distance consultation, costs were approximately 10 per cent higher per treatment for dialysis in satellite sites than they were at the hospital. Researchers said this difference might eventually disappear if more intensive use was made of satellite locations for other telemedicine applications.

(NA408) Addressing Prescription Drug Misuse in First Nations Communities

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $165,200

The Red Bank First Nation initiated this two-year pilot project to deal with prescription drug misuse for drugs like Tylenol 3®, cough syrup with codeine, and Ritalin®, which are free, easy to access, and acceptable because they are doctor-prescribed. The project generated a process by the community itself, with the commitment of its political leadership, to address the problem. It devised a non-judgmental team approach, viewing prescription drug misuse as a problem belonging to the entire community. The project staged several focus groups with service providers, community members, and youth; in-depth interviews with community and health representatives exploring factors leading to, and perpetuating, the prescription drug misuse problem; informal meetings; a case study; many workshops; and a video tape. However, the report notes that the undertaking suffered from the absence of a concrete implementation model and from some community resistance.

(NA485) Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions

Recipient: Inuit Tapirisat of Canada, Ottawa

Contribution: $163,800

This study examined the way health care is delivered in the six disparate Inuit regions of Canada, among populations that have the highest suicide rate, lowest life expectancy, and highest birth rate of all Aboriginal peoples in Canada. Using a holistic, population health-based approach in interviews with 41 key informants and an evaluation of commentary from the Inuit Health Policy Forum, this report lays the foundation for a future analysis of models of health care delivery. It finds that mental health issues and suicide prevention are considered top priorities in all Inuit regions and that all communities have basic, front-line nursing services, although staff shortages are straining the system. Regional differences are evident with respect to physician care. There is a general need for an emphasis on prevention, education, and health promotion and a need for Inuit involvement at all levels of the system in order to integrate traditional knowledge and culture.

(NA1012) Diabetes Community/Home Support Services for First Nations and Inuit

Recipient: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada

Contribution: $650,000

This pilot project was designed to address the needs of people with diabetes and their families and to develop home care models. Four First Nations and Inuit communities hosted the program. Each represented different geographical and cultural settings, from the semi-remote to semi-urban. Each community identified gaps in three areas: diabetes education services, adequate coordination of services; and care and treatment. In response to these issues, each community developed unique models of home care diabetes services. Researchers found that the education and training of front-line staff was one of the first and most critical steps in creating community-based diabetes services. Although it is too early to assess the project's impact on rates of diabetes complications, a trend in reduced hemoglobin A1c results was noted, which can reduce the risk of diabetes complications.

(NA1022) A Grassroots Approach to Addressing the Home Care Needs of the Urban Aboriginal Population in Canada

Recipient: Quebec Native Women Inc., Montreal

Contribution: $133,245

This research project sought to help health department officials prepare culturally appropriate home care programs and services for Aboriginal people living in cities and other off-reserve settings. The project undertook a literature review to explore the existence of culturally appropriate home care programs, consulted 120 Aboriginal women living off-reserve in Quebec to identify home care-related needs, and received comments from more than 50 people in five friendship centres. The proposed model is an adaptation of Quebec's provincial home care model and Ontario's Life Long Care program. The most developed parts of the model are its principles, objectives, division of responsibilities, culturally appropriate program components, and framework for evaluation. The literature review contains some relevant details on the demographics and health status of Canada's Aboriginal people, Ontario's prototype home care program for those living off-reserve, and the role Aboriginal people play in setting health policy in Australia.

(AB301-12) Evaluation of the Healthy Okotoks Project

This project evaluated an existing community program, the Healthy Okotoks Coalition (HOC), which encourages citizen involvement and enhances the capacity of indigenous leadership to address local concerns. Researchers developed a set of outcomes and process measurement tools and tried to identify barriers, apply the findings to improve the processes, and develop a blueprint for evaluating future "Healthy Communities" projects. The study found that the HOC achieved 24 community changes that it believed had increased opportunities for healthy living, including a community garden, a skateboard park, increased awareness of fetal alcohol syndrome, and a youth curfew. However, the HOC did not extend itself into the community to the extent that members felt was necessary to be representative of community needs, particularly those of marginalized groups.

(AB301-14) Healthy Families Primary Health Care Services to High-Risk Families

This Capital Health Region project involved intensive home visits providing long-term services to families with their first child. It partnered with many community agencies, including public health centres, traditional healing societies, and child and family services to target families at risk of poor health outcomes for their children as a result of poverty or social factors. The project aimed to improve parenting by increasing parents' knowledge and use of community support and by assisting them in improving their personal development. It also sought to improve the child's health and development. The families involved expressed a high level of satisfaction with the services, as did staff and other stakeholders. The parents' knowledge of their children's development increased, and most parents said their relationship with their children improved because of the program. The study also noted a decrease in the number of infants being taken to emergency departments.

(AB301-18) Health for All (Métis Settlements and Lakeland Regional Health Authority)

This project set out to improve the overall health of residents in four Métis communities in east central Alberta by providing a "settlement nurse" to provide on-site, non-emergency programs and services. It took place in a context of long-standing mistrust and miscommunication on the part of both the Métis community and members of the regional health authority. A major challenge for this project was bridging cultural differences. A major success of the project was the establishment of a trusting relationship between the settlements and the Lakeland Regional Health Authority. The project also demonstrated the importance of the settlement nurse as a link to other services as well as a direct service provider. Although some community members reported that the settlement nurse helped them improve their health, health providers saw no changes in community knowledge as a result of health promotion efforts.

(AB301-19) Evaluation of the Usefulness of Telehealth in Providing Enhanced Primary Health Services to the Northern Geographically Remote Communities of Trout Lake, Peerless Lake, and Red Earth Creek

This project evaluated the effectiveness of an existing telehealth service in providing primary health care to three geographically remote communities. Telehealth services are thought to be useful because they may improve the quantity, continuity, availability, and accessibility of care in isolated communities. However, project staff and participants did not receive sufficient training in telehealth operations, and participants found there were not enough telehealth interactions to conclude whether or not this technology delivered quality care, was cost-effective, or increased access. Very little statistical or perceptual data was available to enable researchers to answer the original question of whether telehealth was useful or not. Project leaders concluded that "under the right conditions and guidance," telehealth might benefit the communities studied.

(AB301-20) What Are the Client Characteristics and Their Perceived Barriers for Non-Adherence to Immunization Schedules and What Impact Will an Immunization Refusal Strategy Have on Subsequent Adherence at Six (6) Months, Twelve (12) Months, and Eighteen (18) Months?

This project aimed to increase immunization rates in the Keeweetinok Lakes Regional Health Authority, a geographically large and culturally diverse region of 25,000 residents, almost 50 per cent of whom are Aboriginal. It hoped to increase immunization rates by inviting people who did not wish to update their child's immunizations either to sign a "refusal" form or to make an appointment for a subsequent immunization. It then followed up adherence at the 12-month, 18-month, and pre-school visit stage. Researchers found that parents' lack of knowledge about vaccines may be the most important single barrier to immunization. Lack of access to clinics was also a major factor. Other barriers to immunization included lack of child care and transportation problems. The project increased the region's immunization rates by about 20 per cent. The written refusal option was found not to be an effective strategy for dealing with under-immunization.

(QC434) Putting in Place an Integrated System for Persons with Severe and Persistent Mental Problems

Recipient: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, Kuujjuaq, Québec

Contribution: $488,238

This pilot project tackled growing psychosocial problems and high suicide rates in Nunavik by housing, supporting, and employing people suffering from severe and chronic mental health problems who might otherwise be sent to Montreal. The project's integrated approach built on pre-implementation work: preparing communities, spelling out objectives and procedures, and clarifying accountability. During the nine months of the centre's operation, 12 clients were served and achieved greater independence. The majority managed to deal effectively with their addictions problems; only one client was hospitalized during the program. As a result of this project, there is now a new resource in Inukjuak, and the study concludes that the materials developed by the project might be useful in other isolated communities.

(SK323) "Born Healthy, Raised Healthy," a Breastfeeding and Nutrition Support Program

Recipient: Battlefords Health District

Contribution: $191,733

This project aimed to improve maternal and infant health in the Battlefords Health District community by establishing a supportive breastfeeding and prenatal nutrition culture and improving client access to health care services. The targeted population included teen parents, single mothers, low-income families, and transient females. Many were Aboriginal people. Services were provided by a project coordinator/lactation consultant and outreach workers in a street-front outreach centre. This project increased the target population's ability to access services, improved their food security, addressed determinants of health such as social and physical environments, and created more community resources. The project was valued by clients and partners for its ability to make a positive difference in population health. Most importantly, clients who received support had higher rates of breastfeeding than did a sample of non-project mothers who self-reported their breastfeeding rates.

(SK324) An Evaluation of Integrated Services for Families of Aggressive School-Aged Children

Recipient: Battlefords Health District

Contribution: $171,600

This project provided mental health services to aggressive school-aged children by moving those services from institutions to schools, homes, and the community. In doing so, it hoped to integrate services and reach children who are traditionally overlooked. The study involved 13 children from "multi-problem" families; the majority were of First Nations ancestry, male, and living in single-parent families or extended families. Most lived in lower-income households, all exhibited aggressive or defiant behaviour, and many were felt to be at risk for criminal conduct. Mental health professionals and social workers involved teachers, school administrators, and families, and services were provided after-hours and in a variety of non-conventional settings. A qualitative review of the data concluded that 10 of the 13 children experienced a positive change in their behaviour, but these results could not be confirmed in a quantitative review.

(SK330) Transition to an Integrated Primary Health Services Model

Recipient: University of Saskatchewan

Contribution: $318,726

This study set out to learn how to shift health delivery services in core communities from a conventional "bio-medical" model to one that emphasizes integrated services, prevention, acute care, home care, and pharmacare. A "high participation" pilot research project was implemented in downtown Regina and Saskatoon, where rates of chronic disease are climbing, emergency department use is high, and clients are often unresponsive to medical advice. People living in the target communities developed and administered a health-related survey, and this "transformative action research" methodology inspired a high level of response to the questionnaire: 94 per cent in Saskatoon and 57 per cent in Regina (where modifications by the health district made the project less community-driven). As well, clients identified gaps and overlaps in services provided by the formal system and by non-profit agencies in Saskatoon and established a monthly health forum to raise awareness about community concerns. The

study already has had some practical impact: urban authorities quickly made physical improvements (e.g., installing better street lighting), but it was too early to determine a shift to health prevention.

(SK333) "New Directions" Project

Recipient: John Howard Society of Saskatchewan

Contribution: $116,040

The Elizabeth Fry and John Howard Societies of Saskatchewan project asked if education programs teaching healthy lifestyles help reduce repeated relapses into crime among offenders and ex-offenders. The project offered information to and solicited answers from 144 male and female participants, both in and out of prison. Included was information on addictions, self-esteem, abuse and violence, anger management, sexuality, birth control, and release planning. None of the male participants completed the program.

(SK402) First Nations Health Liaison Workers

Recipient: Battlefords Health District

Contribution: $263,181

Two First Nations health liaison workers were hired in this 18-month pilot project to assist 250 people on and off-reserve in accessing appropriate health services from 44 relevant community agencies. The workers were part of a multidisciplinary team in the Battlefords Family Health Centre, a newly created primary health services demonstration site designed to emphasize community-based services and illness prevention. The study found that the health liaison workers were not clearly linked with any particular health service provider and were uncertain about lines of authority and accountability. Clients, however, responded positively in accessing primary health services; they had fewer missed appointments and experienced better follow-through in health care programs. The liaison workers, as paraprofessionals who could speak Cree (the predominant language) and who knew the community, were seen as advocates. The workers also helped service providers better understand the multifaceted nature of clients' health needs, thus encouraging a more "holistic" approach to health.

Sante Canada Health Canada

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des Autochtones

Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue de Santé Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Tél : (613) 954-5995
Téléc. : (613) 941-5366

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002

Cat. H13-6/2002-5
ISBN 0-662-66308-X

DE LA CONNAISSANCE À LA PRATIQUE

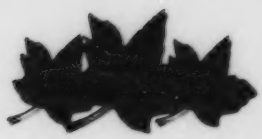
Le Fonds pour l'adaptation des services de santé

SÉRIE DE RAPPORTS DE SYNTHÈSE

La santé des Autochtones

Madeleine Dion Stout, MA, BN
experte-conseil en santé des Autochtones

Gregory D. Kipling, MA
expert-conseil en santé des Autochtones



Ce rapport s'inscrit dans une série de dix rapports faisant la synthèse des résultats de projets du FASS dans les domaines suivants : les soins à domicile, les questions pharmaceutiques, les soins primaires, la prestation de services intégrés, la santé des Autochtones, la santé rurale/télésanté, la santé mentale, la santé des enfants et la santé des personnes âgées. Le dixième document est une analyse générale. Tout ces documents sont disponibles sur le site Web du FASS (**www.hc-sc.gc.ca/htf-fass**), qui présente également de l'information sur chacun des projets du FASS.

Condensé

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), issu d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a été créé à même le budget fédéral de 1997 pour encourager et appuyer le processus décisionnel fondé sur les faits dans le cadre de la réforme des soins de santé. Entre 1997 et 2001, le FASS a financé environ 140 projets pilotes et études d'évaluation dans l'ensemble du Canada. Afin de communiquer aux décideurs les constatations faites par les chercheurs dans le cadre des projets, des experts ont synthétisé les principaux résultats relatifs aux processus et aux situations dans neuf domaines bien distincts : les soins à domicile, l'assurance-médicaments, les soins primaires ou soins de santé primaires, la prestation des services intégrés, la santé des enfants, la santé des Autochtones, la santé des personnes âgées, la santé dans les régions rurales et la télésanté, et la santé mentale. Le présent document résume les principales notions acquises à la faveur de 21 projets ayant porté sur la santé des Autochtones. Il a été rédigé par Madeleine Dion Stout et Gregory Kipling, experts-conseils en santé des Autochtones.

La santé des Autochtones au Canada

Bien que l'état de santé des peuples autochtones se soit amélioré dans une certaine mesure au cours des 25 dernières années, ceux-ci continuent d'être en arrière par rapport au reste de la population sur un certain nombre de plans, dont l'espérance de vie. En 1991, les hommes et les femmes autochtones pouvaient, respectivement, espérer vivre 67,9 et 75,0 années, comparativement à 74,6 et 80,9 années pour les non-Autochtones. De plus, l'état de santé des Autochtones est en général beaucoup moins bon tout au long de leur vie. Par exemple, un pourcentage relativement élevé d'entre eux dit souffrir d'une incapacité : 31 p. 100 chez les Premières nations et 29 p. 100, chez les Inuits. Le diabète fait aussi problème : l'incidence de cette maladie chez les Canadiens et les Canadiennes non autochtones est demeurée relativement stable au cours des dernières décennies, mais le taux de prévalence a augmenté rapidement chez les Autochtones, il serait de deux à trois fois plus élevé, pense-t-on, que chez les autres Canadiens. On croit aussi que les Autochtones risquent plus de contracter toute une série de maladies infectieuses, y compris les maladies transmises sexuellement (MTS) et la tuberculose, alors que cette dernière a été essentiellement éradiquée dans les autres segments de la population canadienne.

Étant donné l'écart entre l'état de santé des Autochtones et celui des non-Autochtones, il n'est pas surprenant que des ressources considérables aient été affectées aux projets et à la recherche concernant la santé des Autochtones au cours des 25 dernières années. Entre 1997 et 2001, le Fonds du gouvernement fédéral pour l'adaptation des services de santé (FASS) a réservé près de 12 millions de dollars à l'exécution de 21 études sur la santé des peuples autochtones. Les projets ont eu lieu dans toutes les régions du pays et ont porté sur cinq grands thèmes : la santé des enfants, les soins à domicile, la santé mentale, les soins de santé primaires et la télésanté.

Afin de relever les difficultés auxquelles la population autochtone du pays faisait face en matière de santé, les responsables des projets ont cherché à atteindre un ou plusieurs des objectifs suivants : améliorer l'état de santé des Autochtones et leurs résultats en la matière; éliminer les obstacles empêchant les Autochtones d'accéder au système de santé; doter les collectivités autochtones de la capacité de planifier, d'exécuter et d'évaluer leurs propres programmes de santé. Les paragraphes qui suivent résument les principales constatations et recommandations issues des projets dans chacun de ces contextes.

Amélioration de l'état de santé des Autochtones

Principales leçons apprises

- Les personnes ayant droit aux indemnités accordées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) doivent voir un médecin pour se faire rembourser le coût de tout produit de santé; cela a entraîné un recours excessif aux services des médecins dans certaines localités.

- L'usage abusif de médicaments d'ordonnance constitue un véritable problème dans certaines localités autochtones.
- Les projets de santé communautaires ont les meilleures chances de réussir quand ils répondent à un besoin confirmé, dans une population cible bien définie.
- En matière de santé, les difficultés auxquelles les Autochtones font face ont des dimensions individuelles, sociales, économiques et politiques.

Recommandations

- Santé Canada devrait amorcer une consultation avec les gouvernements autochtones et les intervenants concernés du domaine de la santé pour cerner des manières d'accroître la rentabilité du régime d'assurance-médicaments de la DGSPNI. Sans nécessairement se limiter aux options suivantes, on pourrait faire passer la responsabilité d'approuver l'achat des médicaments en vente libre nécessaires aux bénéficiaires du régime des médecins au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un système de rationnement de ces médicaments fondé sur leur consommation actuelle.
- Santé Canada, en partenariat avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les milieux de la santé, devrait concevoir et mettre en œuvre un programme national d'éducation publique pour sensibiliser davantage les jeunes Autochtones aux dangers de l'abus des médicaments d'ordonnance.
- Santé Canada, les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient classer par ordre de priorité les besoins des membres des collectivités autochtones en matière de santé et mettre l'accent sur des interventions auprès des groupes les plus exposés et de ceux ayant les meilleures chances d'en tirer des avantages durables, tels que les enfants et les jeunes.
- Les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient envisager de s'associer à d'autres organismes communautaires pour promouvoir le développement personnel des clients des services de santé, notamment en leur trouvant des emplois ou en les dirigeant vers une formation professionnelle.

Élimination des obstacles entravant l'accès des Autochtones aux services de santé

Principales leçons apprises

- Il est possible d'atténuer les obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé en créant des cadres intégrés de prestation de services dans les localités éloignées, ou en déployant des agents de liaison autochtones dans l'équipe des soins de santé primaires.
- On a montré que les projets de télésanté améliorent l'accès des clients à certains services, mais leur effet sur les résultats en matière de santé et leur rentabilité demeurent nébuleux.

Recommandations

- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, l'Organisation nationale de la santé des Autochtones et d'autres intervenants du domaine de la santé devraient entreprendre d'autres recherches sur les moyens à prendre pour rendre les services de télésanté plus efficaces.
- Afin d'encourager les Autochtones à utiliser davantage et à mieux connaître le système de santé, Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les milieux s'intéressant à la santé des Autochtones devraient encourager les médecins et d'autres professionnels de la santé à passer plus de temps avec les clients autochtones, notamment en faisant plus de visites à domicile, en réduisant la charge de travail des travailleurs et en faisant preuve d'une plus grande souplesse quand ils dressent l'horaire des rendez-vous.

- Les organismes de santé ayant un nombre important de clients autochtones devraient songer à recourir davantage aux agents de liaison-santé autochtones.
- De concert avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et avec les milieux de la santé, Santé Canada devrait faciliter l'accès des Autochtones aux carrières dans le domaine de la santé. Par exemple, augmenter le nombre de bourses d'études et le soutien personnel et professionnel accordé à ceux qui y travaillent déjà.

Développer la capacité des Autochtones en ce qui a trait à la gérance des programmes de santé

Principales leçons apprises

- On a constaté qu'en offrant de bonnes possibilités de formation et de perfectionnement au personnel de santé employé en milieu autochtone, il était possible d'améliorer la qualité du service tout en accroissant l'estime de soi du personnel, le rendement au travail et le professionnalisme.
- Une surveillance et un leadership professionnels sont essentiels à la réussite des projets de santé communautaires.
- Il y a plusieurs indicateurs conventionnels de la santé pour lesquels il n'existe aucune donnée sur les Inuits.
- Bien que les organismes communautaires puissent aider grandement à répondre aux besoins de base des Autochtones en matière de santé, le manque de ressources et de personnel fait souvent en sorte qu'ils ont du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec le projet en question.

Recommandations

- Les organismes qui financent des projets de santé communautaires en milieu autochtone devraient songer à affecter des fonds supplémentaires à la formation du personnel.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait envisager de créer un centre national de promotion de l'excellence dans la gestion de la santé des Autochtones.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait attribuer des ressources supplémentaires pour aider les collectivités autochtones à recueillir, gérer et utiliser des données locales sur la santé.
- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres organismes qui fournissent des fonds aux organismes de santé communautaires travaillant avec des clients autochtones devraient songer à leur accorder des ressources et des compétences supplémentaires pour les aider à renforcer leurs moyens de gestion ou d'administration.

Préface

Au Canada, depuis quelques années, on examine attentivement le système de santé afin d'en améliorer la qualité et la rentabilité. Les restrictions budgétaires et l'évolution démographique poussent à étudier de près des moyens devant permettre de rendre ce système plus efficace, tout en garantissant des services de grande qualité à la fois abordables et accessibles. Dans ce contexte, il était nécessaire de réunir plus de données issues de l'étude d'approches et de modèles de soins de santé concluants ou non. En réponse à cette demande de données et pour donner suite à la recommandation du Forum national sur la santé, la création du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a été annoncée dans le budget fédéral de 1997 afin d'encourager et de soutenir des décisions reposant sur les faits dans la réforme des soins de santé.

Le FASS, fruit d'un effort conjoint des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, a financé 141 projets pilotes et études d'évaluation réalisés dans l'ensemble du Canada entre 1997 et 2001, pour un coût total de 150 millions de dollars. De cette somme, 120 millions ont servi à financer des projets provinciaux et territoriaux et le reste, soit 30 millions, a été affecté aux initiatives nationales. Le Fonds a ciblé des initiatives dans quatre domaines prioritaires : les soins à domicile, les produits pharmaceutiques, les soins de santé primaires et la prestation des services intégrés. Chemin faisant, d'autres sujets importants sont apparus en plus des quatre thèmes originaux, notamment : la santé des Autochtones, la santé et la télésanté en milieu rural, la santé des personnes âgées, la santé mentale et la santé des enfants.

Les projets du FASS sont terminés au printemps 2001. Afin de communiquer aux décideurs les données recueillies pendant leur réalisation, on a demandé à des experts de synthétiser les enseignements clés tirés du processus et des résultats pour chacun des thèmes retenus. Le présent document résume donc les principales leçons tirées des projets qui portaient sur la santé des Autochtones. Il a été préparé par Madeleine Dion Stout et Gregory D. Kipling, experts-conseils en santé autochtone.

Nature unique des projets du FASS

Le FASS était tout à fait différent des organisations canadiennes qui financent les recherches en santé, telles les instituts de recherche en santé du Canada et celle d'avant, le Conseil de recherches médicales du Canada.

- Le FASS était un fonds à durée déterminée. Autrement dit, les projets devaient être conçus, financés, mis en œuvre et évalués en l'espace de quatre ans, ce qui est très court lorsque l'on parle de réforme.
- Le FASS était déterminé par les exigences politiques. Les décideurs qui participaient au processus de sélection, voulaient se concentrer sur certaines questions en suspens sur les quatre thèmes, dans l'espoir que les résultats apportent des faits ou aident à définir l'orientation future des politiques et des programmes.

Afin d'encourager les projets à traiter certaines questions et à produire des résultats utiles aux décideurs, le FASS a défini un cadre d'évaluation comportant six éléments (accès, qualité, intégration, résultats sur le plan de la santé, rentabilité et transfert). Chaque projet devait formuler un plan d'évaluation visant autant de ces éléments que nécessaire. De plus, tous les projets du FASS devaient comporter un plan de diffusion des données (qui serait financé) afin de s'assurer que les résultats seraient effectivement communiqués à ceux qui pouvaient en faire le meilleur usage. En plus de ces plans de diffusion individuels, le Secrétariat du FASS applique une stratégie de diffusion nationale dont ces documents de synthèse sont une des composantes. Cet accent mis sur l'évaluation (enseignements tirés systématiquement de l'expérience acquise dans le cadre des projets-pilotes) et la diffusion (partage actif des résultats) était unique à cette échelle.

La plupart des projets nationaux ont été choisis par un comité intergouvernemental à la suite d'un appel de propositions public. Quant aux initiatives provinciales et territoriales, elles ont été soumises par

les provinces et les territoires pour une approbation bilatérale avec le gouvernement fédéral. Pour les deux types de projets, des dossiers ont été présentés non seulement par des universitaires ou des chercheurs travaillant en milieu hospitalier, mais aussi par des groupes non traditionnels, comme quelques organisations autochtones, des groupes communautaires et des régions sanitaires isolées. Des groupes qui avaient rarement, voire jamais, pensé recherche, données, évaluation et diffusion ont commencé à le faire, ce qui était de bon augure pour une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre les gouvernements, les organisations prestataires et les chercheurs. La participation des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le processus de sélection a permis de s'assurer que les projets portaient sur des questions qui préoccupaient particulièrement chaque province ou territoire. De même, les thèmes traités étaient très variés et, dans l'ensemble, les projets n'en ont pas fait un examen définitif, ce qui n'était d'ailleurs jamais prévu.

Ce ciblage unique et ce processus de sélection particulier confèrent certaines caractéristiques à l'ensemble des projets du FASS. Ceux qui ont été financés représentent de bonnes idées qui ont été avancées, mais ils ne brossent pas un tableau complet de tous les problèmes et de toutes les solutions possibles dans chacun des thèmes traités. À cause des délais relativement courts, il n'a pas été possible de mener à bien beaucoup de projets louables, et les résultats sont préliminaires ou incomplets. Il faudra sans doute plusieurs années avant que l'on sache vraiment si certains projets ont fait une différence, et leur poursuite comme leur évaluation incombent à d'autres. Les leçons que l'on peut tirer des nombreux projets du FASS au sujet de la gestion du changement, en examinant les batailles et les défis qu'ils ont rencontrés dans la mise en œuvre et l'évaluation de nouvelles approches par rapport à des questions déjà anciennes relatives aux soins de santé, sont peut-être ce qu'il y a de plus précieux dans tout le processus.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Hollander Analytical Services Ltd. de l'aide qu'ils leur ont apportée dans la préparation du présent document. La série de synthèses du FASS a été demandée par Santé Canada et gérée par Hollander Analytical Services Ltd. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Table des matières

Condensé i
La santé des Autochtones au Canada i
Amélioration de l'état de santé des Autochtones i
Élimination des obstacles entravant l'accès des Autochtones aux services de santé ii
Développer la capacité des Autochtones en ce qui a trait à la gérance des programmes de santé iii

Préface iv
Nature unique des projets du FASS iv

Remerciements v

Table des matières vii

Liste des tableaux viii

1. Contexte 1
1.1 Premiers efforts ayant visé à relever les défis des Autochtones en matière de santé 1
1.2 Questions d'actualité 2
1.3 Orientations futures 2

2. Aperçu des études du fonds pour l'adaptation des services de santé 3

3. Analyse des principales constatations 4
3.1 Principales constatations : Critères d'évaluation appliqués par le Fonds d'adaptation des services de santé 4
3.1.1 Accès 5
3.1.2 Résultats pour la santé 6
3.1.3 Qualité 7
3.1.4 Intégration 8
3.1.5 Rentabilité 9
3.1.6 Transférabilité 10
3.2 Autres constatations 11
3.2.1 Communications 11
3.2.2 Mécanismes de médiation 12

4. Ressources humaines dans le domaine de la santé 12
4.1 Gestion 12
4.2 Sensibilité culturelle 13
4.3 Embauche et conservation des effectifs 14
4.4 Formation 15

5. Conséquences inter-sectorielles 16
5.1 Niveau de scolarité 16
5.2 Emploi et revenu 16
5.3 Milieux sociaux 17

6. Conséquences pour les politiques et la pratique 18

7. Conclusions et recommandations 20
7.1 Amélioration de l'état de santé des Autochtones et des résultats pour leur santé 20
7.2 Élimination des obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé 21
7.3 Créer chez les Autochtones la capacité de dresser leurs propres programmes de santé 21

Ouvrages de référence 23

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des Autochtones

Liste des tableaux

Tableau 1 : Projets du FASS, par région 3
Tableau 2 : Catégories de projets et thèmes 4

1. Contexte

1.1 Premiers efforts ayant visé à relever les défis des Autochtones en matière de santé

Bien que l'état de santé des peuples autochtones se soit, dans une certaine mesure, amélioré au cours des 25 dernières années, ceux-ci continuent de traîner de l'arrière par rapport au reste de la population sur un certain nombre de plans, notamment en ce qui concerne l'espérance de vie. En 1991, les hommes et les femmes autochtones pouvaient espérer vivre 67,9 et 75,0 années, respectivement (Canada, 1996), comparativement à 74,6 et 80,9 années pour les non-Autochtones (Association canadienne de justice pénale, 2000). Cet écart peut s'expliquer en partie par une mortalité due aux blessures et à la violence presque deux fois plus élevée chez les Autochtones que dans le reste de la population canadienne (Canada, 1996). Parallèlement, le taux de mortalité infantile chez les Autochtones demeure considérablement plus élevé que dans l'ensemble de la population du pays, bien qu'il ait beaucoup fléchi au cours des dernières décennies (Canada, 1996; OPS, 1999).

De plus, l'état de santé des Autochtones est en général beaucoup moins bon tout au long de leur vie. Par exemple, une proportion relativement considérable des Autochtones dit souffrir d'une incapacité : 31 p. 100 chez les Premières nations, et 29 p. 100, chez les Inuits (OPS, 1999). Le diabète fait aussi problème : l'incidence de cette maladie chez les Canadiens et les Canadiennes non autochtones est demeurée relativement stable au cours des dernières décennies, mais le taux de prévalence a augmenté rapidement chez les Autochtones, il serait de deux à trois fois plus élevé, pense-t-on, que chez les autres Canadiens (Canada, 1996; OPS 1999). On croit aussi que les Autochtones risquent plus de contracter toute une série de maladies infectieuses, y compris les maladies transmises sexuellement (MTS) et la tuberculose, alors que cette dernière a été essentiellement éradiquée dans les autres segments de la population canadienne (Canada, 1996; OPS, 1999).

Étant donné l'écart qui existe entre l'état de santé des Autochtones et celui des non-Autochtones, il n'est pas surprenant que l'on ait alloué des ressources importantes à des projets et à des recherches sur la santé des Autochtones au cours des 25 dernières années. En effet, dans certains domaines tels que la santé des nourrissons et des mères, le gouvernement canadien finance des études depuis les années 50. Cependant, une bonne partie des premiers travaux, qui portaient sur des questions aussi diverses que la toxicomanie, l'otite moyenne et les effets des contaminants sur la santé des habitants du Nord tendaient à suivre une orientation très technocratique et accordaient peu de valeur aux méthodes autochtones traditionnelles de guérison et de protection de la santé.

Les chercheurs qui se sont penchés sur les dossiers relatifs à la santé des Autochtones à partir de la fin des années 70 ont commencé à jeter un œil critique sur les politiques et les structures existantes. Par exemple, Linehan (1992) et Lowell (1995) ont étudié les effets de la politique gouvernementale sur les mères enceintes et sur le point d'accoucher. Ils ont conclu que les méthodes consistant, par exemple, à évacuer obligatoirement les parturientes vers les hôpitaux du Sud nuisaient au bien-être des mères et de leur famille et ne mettaient pas à profit le savoir des sages-femmes inuites. À un niveau plus général, les chercheurs ont de plus en plus mis l'accent sur la façon dont les Autochtones utilisent le système de santé formel, en insistant tout particulièrement sur la nature et la portée des obstacles à l'accès. Tandis que certains ont examiné l'incidence de l'isolement géographique sur l'accès, d'autres ont mis en lumière les problèmes liés au racisme de la part des professionnels de la santé, ou au manque de programmes axés expressément sur les Autochtones dans de nombreux établissements de santé.

1.2 Questions d'actualité

Depuis la fin des années 80, les chercheurs continuent d'examiner des questions de longue date se rapportant à la santé des Autochtones, tout en s'intéressant à des préoccupations nouvelles ou refaisant surface, par exemple la prévention des blessures, la tuberculose et le SIDA (VIH). Autre aspect important, les chercheurs et les décideurs accordent un intérêt grandissant aux facteurs déterminant l'état de santé et ils reconnaissent l'importance de profiter du savoir déjà présent dans les collectivités autochtones. Ainsi, en ce qui concerne le VIH et le SIDA, par exemple, ils mettent davantage l'accent sur l'établissement de liens explicites entre, d'une part, les comportements à risque élevé ancrés dans la marginalisation socio-économique des Autochtones et, d'autre part, le risque accru que ceux-ci courent d'attraper le VIH.

Bon nombre des solutions qui ont été préconisées respectent davantage les organismes autochtones et les méthodes de guérison traditionnelles des collectivités. Ainsi, la suerie joue un rôle de plus en plus grand dans les programmes autochtones d'hygiène mentale et de lutte contre la toxicomanie, mais on reconnaît aussi de plus en plus qu'il importe de produire des documents publicitaires rédigés dans une langue autochtone ou faisant usage de symboles et d'histoires autochtones. Dans le cadre d'autres projets fondés sur cette perspective holistique, on a étudié des problèmes tels que l'incidence élevée de l'insuffisance pondérale à la naissance et de l'embryofœtopathie alcoolique (EFA) chez les enfants autochtones (Canada, 1995), la susceptibilité des Autochtones au diabète et à l'obésité (Martin et Bell, 1991; Evers, 1991), et le taux dangereusement élevé de tabagisme et de toxicomanie (Association des femmes autochtones du Canada, 1996).

Une bonne partie, sinon la totalité, de ces travaux reposent sur la notion implicite que la prestation des soins de santé à la population autochtone du pays est sur le point de changer. En 2001, le gouvernement fédéral a donné carte blanche aux collectivités autochtones en ce qui a trait à la prestation de leurs services de santé. Dans ce contexte, les chefs autochtones et leurs partenaires du gouvernement ont reconnu qu'il est primordial de créer des structures organisationnelles locales et de veiller à ce que des travailleurs de la santé et le personnel de soutien requis soient en poste pour que les Autochtones aient accès, dans leurs communautés, à des services de santé efficace, de haute qualité et rentables. En outre, certaines femmes autochtones ont dit craindre les conséquences de la décision fédérale susmentionnée, surtout dans les situations où des dirigeants masculins, peu soucieux des questions féminines, monopolisent le processus décisionnel communautaire.

1.3 Orientations futures

Les interventions dans le domaine de la santé des Autochtones sont devenues de plus en plus complexes au cours des 25 dernières années. De plus, ces interventions ont profité de la sensibilité accrue de nombreux praticiens aux aspects éthiques du travail avec les communautés autochtones, mais leur efficacité s'est également accrue du fait que les décideurs ont accès à de nouvelles sources de données aux niveaux local, régional et national. Cependant, d'autres efforts s'imposent sur certains plans. C'est ainsi que les problèmes de santé qui se posent à des sous-groupes particuliers de la population autochtone, tels que les Métis et ceux qui vivent en milieu urbain, ne sont pas encore suffisamment connus.

D'une façon plus générale, d'autres recherches s'imposent au sujet d'un certain nombre de questions nouvelles relatives à la santé des Autochtones B le vieillissement, par exemple. Malgré la jeunesse relative des populations autochtones, la proportion représentée par les personnes de plus de 65 ans augmente (Association des femmes autochtones du Canada, 1997). Étant donné la forte incidence du diabète et d'autres maladies chroniques chez les hommes et les femmes autochtones, le vieillissement continu de la population contribuera sûrement à accoître les pressions qui s'exerceront sur les fournisseurs locaux de soins de santé, tout en engendrant une nouvelle demande de soins auxiliaires et d'autres services gériatriques spécialisés.

De même, d'autres recherches s'imposent dans le domaine de la médecine traditionnelle. Beaucoup d'éléments anecdotiques portent à croire que celle-ci connaît une forte résurgence dans de nombreuses collectivités autochtones, mais peu d'études

rigoureuses ou de grande portée ont été entreprises sur la question. Par conséquent, on ne sait pas grand-chose sur les modalités d'utilisation de cette médecine, sur l'incidence qu'elle a sur le bien-être des personnes, ou sur la relation qu'il y a entre les systèmes de santé traditionnels et « occidentaux » (Shestowsky, 1993).

Il faut également s'intéresser aux questions qui préoccupent les Autochtones ayant une incapacité. Dans de nombreuses réserves ou collectivités éloignées, ces personnes souffrent d'une pénurie grave de services et elles sont souvent obligées de composer avec une discrimination marquée à leur endroit, dans leur vie de tous les jours. Enfin, d'autres recherches et une éducation supplémentaire sont nécessaires dans les domaines de la santé sexuelle et génésique des jeunes Autochtones. L'incidence des grossesses chez les adolescentes et des maladies transmises sexuellement demeure extrêmement élevée, comparativement à celle qui prévaut chez les non-Autochtones du Canada. De toute évidence, les chercheurs et les décideurs doivent accorder la priorité à l'étude de ces problèmes d'une manière novatrice et objective.

2. Aperçu des études du fonds pour l'adaptation des services de santé

Nous avons examiné 21 études menées par le Fonds d'adaptation des services de santé (FASS). Les constatations issues de tous les travaux ont des conséquences trans-régionales pour l'élaboration des politique et des pratiques, mais la majorité de ces travaux ont été exécutés dans une région ou un endroit particulier. Comme le Tableau 1 le montre clairement, 50 p. 100 d'entre eux ont eu lieu dans une des provinces de l'Ouest, la majorité ayant été menés avec l'intervention du District de santé (Santé Canada) de Battlefords, en Saskatchewan, et de la Keeweetinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA), dans le Centre-Nord de l'Alberta. Entretemps, beaucoup moins de projets ont été exécutés dans les Maritimes (15 p. 100), dans le Nord du Canada (10 p. 100), ou dans les provinces centrales de l'Ontario et du Québec. Quatre projets, soit 20 p. 100 du total, avaient une portée nationale ou ont été menés dans plusieurs lieux d'étude, dans plus d'une région.

Tableau 1 : Projets du FASS, par région

Région	Nbre de projets	% du total
Maritimes (N.-B., T.-N., N.-É., Î.-P.-É.)	3	14,3 %
Provinces centrales (Ontario, Québec)	1	4,8 %
Provinces de l'Ouest (Alb. C.-B., Man., Sask.)	10	47,6 %
Nord du Canada (Au Nord du 55e parallèle)	3	14,3 %
Projets trans-régionaux	4	19,0 %
	21	100 %

Le Tableau 2 renseigne sur les genres de projets financés par le FASS dans le domaine de la santé des Autochtones. C'était surtout des programmes pilotes (16 études), les autres étant des évaluations (4 études) et des analyses des besoins (une étude). Dans ce contexte, l'expression « programme pilote » désigne une initiative ayant pour objet d'appliquer et d'évaluer les formules possibles de réforme des soins de santé, tandis que les évaluations portent sur des modèles existants de prestation des services ou sur des projets récemment achevés au sujet desquels il n'existe aucune évaluation. Enfin, les analyses des besoins ont pour objet de cerner et d'évaluer les besoins d'une population particulière en matière de santé, d'une manière systématique et rigoureuse.

Le Fonds d'adaptation des services de santé a fourni près de 12 millions de dollars pour aider à financer les 21 projets visés dans la présente analyse. La majorité des projets ont reçu moins de 500 000 $ chacun, mais des fonds beaucoup plus importants (entre 1 421 000 $ et 2 983 200 $) sont allés à au moins trois initiatives. Deux de ces dernières concernaient la télésanté, tandis

Tableau 2 : Catégories de projets et thèmes

	Santé des enfants	Soins à domicile	Déterminants de la santé	Soins de santé primaires	Télésanté	Autres	Total
Évaluation	0	1	1	0	1	1	4
Analyse des besoins	0	1	0	0	0	0	1
Programme pilote	3	1	1	7	2	2	16
Total	3	3	2	7	3	3	21

que la troisième portait sur les moyens à prendre pour répondre aux besoins des Autochtones en soins à domicile dans tout le pays.

La durée et la taille des projets ont beaucoup varié. Bon nombre ont été entrepris dans un seul lieu, ont fait intervenir moins de 50 participants et ont été achevés en moins de 18 mois; d'autres, beaucoup plus ambitieux, ont été exécutés à plusieurs endroits, ont fait appel à un grand nombre de participants et ont duré plus de deux ans.

Si les études ont reposé sur toute une série de démarches et se sont situées dans divers contextes géographiques, elles ont été tout aussi hétérogènes quant aux thèmes abordés et aux points de vue offerts. En examinant les projets, nous avons cerné cinq grand thèmes : la santé des enfants, les soins à domicile, les déterminants de la santé, les soins de santé primaires et la télésanté. Le Tableau 2 montre que les soins de santé primaires ont fait l'objet du plus grand nombre d'études, ce qui atteste certainement la nature particulière des préoccupations des Autochtones en matière de santé et les difficultés qu'ils ont à accéder aux services de santé en général. Entre-temps, la santé des enfants, les soins à domicile et la télésanté ont chacun fait l'objet de trois projets (donc, neuf projets en tout), tandis que deux autres projets visaient les déterminants de la santé. Les trois études classées dans la catégorie « Autres » ont eu respectivement pour sujet : la prestation des services aux personnes ayant de graves problèmes mentaux dans les régions éloignées, la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance dans les collectivités autochtones et une évaluation des modèles de prestation des soins de santé dans les régions inuites.

Bien que les projets financés par le FASS aient porté sur diverses populations autochtones, l'accent a surtout été mis sur les préoccupations des Premières nations en matière de santé. Trois des études ont concerné les difficultés des Inuits à cet égard, tandis que, dans un certain nombre de cas, les chercheurs ont travaillé avec des groupes d'Autochtones sous-représentés depuis toujours dans les textes concernant la santé des Autochtones : mentionnons surtout les Métis, les femmes autochtones, les Autochtones vivant en milieu urbain et les Autochtones ayant maille à partir avec la loi.

3. Analyse des principales constatations

3.1 Principales constatations : Critères d'évaluation appliqués par le Fonds d'adaptation des services de santé

Le système canadien de santé a mal servi les Autochtones. Ceux-ci se heurtent souvent à des obstacles quand ils cherchent à accéder aux services, et les soins qu'ils reçoivent sont fréquemment inférieurs à ceux dont bénéficient les autres Canadiens. Les projets du FASS montrent que les problèmes en matière de santé auxquels font face les Autochtones sont étroitement liés au racisme, à la pauvreté et à la marginalisation et offrent de

nombreuses idées sur la façon d'améliorer les résultats, la qualité des soins et leur rentabilité.

3.1.1 Accès

D'importants obstacles à l'accès empêchent souvent les Autochtones de tirer profit des services de santé. Ces obstacles tombent dans au moins deux catégories distinctes : ceux qui ont quelque chose à voir avec la géographie, et ceux qui ont pour fondements le savoir et la culture.

En ce qui concerne tout d'abord les obstacles géographiques, les études financées par le Fonds d'adaptation des services de santé montrent non seulement que les Autochtones des régions rurales et septentrionales doivent franchir de longues distances pour voir un spécialiste ou obtenir une dialyse (*NA402, AB301-19*), mais aussi que, dans certains cas, même des services non spécialisés n'existent pas sur place. Par exemple, comme la région de Nunavik manque de ressources pour traiter les maladies mentales, l'hospitalisation est la seule solution et elle n'est offerte qu'aux personnes dont l'état est tellement grave qu'elles sont complètement désorientées (*QC434*).

Pour faire face à ces problèmes, les chercheurs ont généralement adopté l'une des deux stratégies suivantes : ils ont favorisé l'application de la technologie de la télémédecine ou la mise sur pied d'une capacité locale. D'une part, la création d'un réseau de télémédecine entre les centres urbains et les localités éloignées ou isolées a donné des résultats concrets dans un certain nombre d'endroits. Par exemple, pour le *Projet- pilote national de télémédecine en néphrologie (NA403)*, qui est un projet de téléenseignement mené dans le Nouveau-Brunswick rural, on a eu recours à des vidéoconférences pour informer les diabétiques autochtones des risques d'insuffisance rénale chronique et les encourager à modifier leur mode de vie en conséquence. Entretemps, la technologie a également été couronnée de succès dans l'Ouest canadien, dans le cadre du *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations (NA402)*, qui avait pour objet d'organiser des séances d'orthophonie, de physiothérapie et d'ergothérapie dans des communautés autochtones éloignées. Toutefois, la mise en œuvre de ces projets de télémédecine a coûté cher et de nombreux participants ont déclaré avoir été gênés par la nouvelle technologie ou déçus par son manque de fiabilité. En outre, les projets ont été réalisés avec de petits échantillons, ce qui a empêché les chercheurs d'évaluer définitivement l'effet de la télémédecine sur les obstacles à l'accès.

D'un autre côté, dans le cadre de divers autres projets, les chercheurs ont visé à supprimer les obstacles géographiques en offrant les services dans les collectivités éloignées grâce à la création d'une nouvelle infrastructure ou à la mise sur pied d'une capacité locale. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik a connu un succès bien particulier sur ce plan avec son projet intitulé *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (QC434)*. Avec la participation des intervenants locaux, les chercheurs ont créé un « centre de réintégration » à Inukjuak pour les personnes ayant de graves problèmes mentaux. Le centre a été conçu pour assurer des soins 24 heures sur 24, dans un milieu structuré, aux personnes qui avaient besoin de soins en établissement de courte ou de longue durée, de soins de relève, d' interventions d'urgence, de programmes de jour et d'un suivi communautaire. La mise sur pied du centre a grandement ajouté à la gamme de services offerts dans la collectivité, et la décision d'embaucher du personnel inuit a contribué à renforcer les compétences et les capacités locales, tout en prenant en compte les réalités culturelles.

Les Autochtones ont aussi du mal à accéder aux services de santé à cause d'obstacles culturels ou en raison de leur manque de connaissances. Par exemple, ils hésitent à utiliser un service dont ils ont besoin parce qu'il leur paraît impropre sur le plan culturel ou parce que personne ne parle une langue autochtone dans l'établissement de santé. De plus, comme le signalait le personnel ayant pris part au projet du District de santé de Battlefords, intitulé *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)*, même quand ces personnes ont accès aux services, leur prestation trans-sectorielle tend à être fragmentée et elle manque de coordination (p. 7).

Dans plusieurs cas, les chefs de projet ont réussi à atténuer les effets de ces obstacles grâce à des mesures de sensibilisation et à des agents de liaison autochtones. Dans ce contexte, on entend par « mesures de sensibilisation » les initiatives qui facilitent l'utilisation des services aux clients, à qui ils sont alors offerts dans un milieu moins intimidant et sous une forme mieux adaptée à leurs antécédents et à leur culture. Par exemple, dans le cadre du projet *Nouveau-né en santé, bébé en santé (SK323)*, le District de santé de Battlefords a lancé un programme d'allaitement naturel et d'aide nutritionnelle qui a nécessité la création d'un centre facile d'accès, dirigé par des professionnels de la santé qui offraient toute une gamme de services aux femmes enceintes et aux mères qui allaitaient. Grâce à ce projet, le taux d'allaitement naturel et la durée de cette pratique ont augmenté chez les femmes visées par le programme, qui ont aussi apprécié la possibilité que le centre leur donnait d'établir des relations sociales et de renforcer leur estime de soi et leurs liens maternels avec leur nourrisson.

Une autre méthode consistait à embaucher des agents de liaison pouvant jouer le rôle d'intermédiaires en aidant les clients autochtones à traiter avec le système des services sociaux et de santé et à accéder à ceux dont ils avaient besoin. Le projet *Agents de liaison auprès des Premières nations (SK402)*, exécuté par le District de santé de Battlefords, est un exemple particulièrement bon de cette démarche. Les responsables du projet ont déclaré que, grâce aux agents de liaison, moins de rendez-vous avaient été manqués, les clients s'étaient mieux conformés aux programmes de traitement et les professionnels de la santé avaient eu l'occasion d'apprendre à mieux comprendre les besoins des clients autochtones. Le projet a aussi mis en lumière les difficultés qu'il y avait à définir le rôle précis des agents de liaison. En d'autres mots, doivent-ils se limiter à établir un lien entre les clients et les services appropriés, ou doivent-ils devenir des chargés de cas, qui repèrent et organisent les services nécessaires? Le rapport du projet n'offre aucune réponse définitive à cette question, mais bon nombre de clients autochtones voyaient les agents de liaison jouer un rôle élargi et les traitaient plus comme des défenseurs et des travailleurs sociaux que comme de simples « courtiers du savoir ».

3.1.2 Résultats pour la santé

Comme nous l'avons déjà signalé, les Autochtones du Canada tendent à avoir une moins bonne santé que les non-Autochtones. L'écart s'explique en partie par des comportements à haut risque et des habitudes de vie malsaines, deux éléments issus de facteurs structurels tels que la pauvreté, un faible niveau d'instruction et la discrimination sociale. Les conséquences négatives de ces choix malsains ressortent clairement dans le projet *Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation? (AB301-20)*, étude qui a porté sur le taux d'immunisation chez les enfants du Centre-Nord de l'Alberta. Comme les responsables du projet l'ont constaté, la sous-immunisation et, partant, le risque de contracter une maladie infantile grave étaient prépondérants lorsque le principal pourvoyeur de soins était célibataire, autochtone, jeune, peu instruit et gagne-petit (p. 18).

En tentant de s'attaquer à ce genre de problèmes, les chercheurs ont eu beaucoup de succès en organisant, auprès des personnes et des familles à risque élevé, des interventions alliant éducation et soutien dans un contexte rassurant. Un projet qui visait à faire augmenter le taux d'immunisation des enfants autochtones et non autochtones du Centre-Nord de l'Alberta a entraîné un changement positif de comportement chez 37 p. 100 de la population ciblée (les groupes sous-immunisés) quand un membre de l'équipe du projet a communiqué avec le principal pourvoyeur de soins, et une autre tranche de 26 p. 100 ont modifié leurs habitudes pour le mieux après une entrevue personnelle. Le projet a donc révélé toute l'importance de la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les principaux pourvoyeurs de soins considérés comme risquant beaucoup de sous-immuniser leurs enfants, tant pour améliorer le taux d'immunisation que pour dissiper les mythes et les fausses idées.

Comme nous l'avons déjà précisé, le projet *Nouveau-né en santé, bébé en santé (SK323)* a permis d'accroître sensiblement le recours à l'allaitement naturel et sa durée (p. 6), en ouvrant un centre d'accès facile doté

d'une consultante en allaitement et de travailleurs d'approche. Le personnel du centre a appuyé les mères à risque élevé et leurs enfants en leur fournissant des renseignements, en les faisant participer à des programmes d'éducation parentale et en leur faisant découvrir d'autres ressources communautaires. Il convient de mentionner que la réussite du projet s'explique sans doute en partie par la qualité holistique de ce dernier : au lieu de promouvoir seulement l'allaitement naturel auprès de la population visée, les responsables du projet ont aussi accordé une importance à la sécurité alimentaire et à d'autres déterminants de la santé, notamment en créant des groupes d'entraide et des cuisines communautaires.

De même, le projet *Familles en santé : Prestation de soins de santé primaires aux familles à risque élevé* (*AB301-14*), à Edmonton, a montré les avantages éventuels qu'il y a à fournir un appui soutenu aux nouveaux parents qui, vu leur situation socio-économique, risquent davantage de ne pas pouvoir assurer tous les soins voulus à leurs enfants. À la faveur d'un programme intensif de visites à domicile au cours d'une période de trois à cinq ans, les chercheurs ont fourni aux participants une éducation parentale, la chance de perfectionner leurs compétences, et des rapports avec d'autres ressources communautaires. Bien que l'évaluation du projet ait eu lieu après seulement 18 mois, elle a mis en évidence des résultats positifs à divers égards. Comme le projet avait mis l'accent sur la participation volontaire et la sensibilité aux réalités culturelles, les parents participants l'ont beaucoup apprécié, et la majorité ont fait savoir qu'ils avaient amélioré leurs relations avec leurs enfants grâce à lui. En outre, non seulement le nombre de nourrissons amenés aux salles d'urgence des hôpitaux a diminué, mais quatre mères ont changé d'attitude grâce à l'appui et au savoir tirés du projet, elles qui, auparavant, avaient craint le moment où leur enfant leur serait rendu au sortir de l'hôpital.

3.1.3 Qualité

Dans le cadre des projets financés par le FASS et examinés ici, on a typiquement amélioré la « qualité » du service en adoptant un nouveau régime de prestation ou en créant de nouvelles occasions d'établir des rapports fructueux entre clients et fournisseurs de soins de santé.

L'effet des changements ayant découlé de l'adoption d'un nouveau régime de prestation des services a été particulièrement remarquable dans le contexte du *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (NA305)*, programme pilote lancé en coopération avec la Première nation d'Eskasoni en Nouvelle-Écosse. Le projet a comporté une série de changements fondamentaux dans le régime local des soins de santé, y compris la mise sur pied d'une équipe multi-disciplinaire de soins primaires, le regroupement des dossiers des malades de manière à en faciliter l'accès aux membres de l'équipe, et le remplacement du régime de rémunération des médecins qui, au lieu d'être payés à l'acte, ont désormais touché un salaire. Le projet a aussi entraîné l'intégration des services des médecins aux programmes communautaires et la construction d'un nouvel établissement de santé pour loger les services assurés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la collectivité. Le programme a suscité des réactions positives de la part d'une majorité écrasante des clients (217 personnes, soit environ 15 p. 100 de la population adulte locale, ont rempli les questionnaires distribués par les évaluateurs). En particulier, la majorité des répondants ont déclaré que leur médecin avait pris le temps de comprendre leur problème de santé et qu'ils s'étaient sentis à l'aise en exprimant leurs inquiétudes à leur infirmier(ère) ou à leur médecin.

Il faut signaler, à cet égard, la démarche adoptée par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik, dans le cadre du projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants* (*QC434*). La remarquable réussite de ce projet s'explique en partie par la décision des responsables de délaisser les anciens modèles de réhabilitation, qui passaient outre aux aspirations des personnes, et de traiter plutôt les malades comme des citoyens à part entière, capables d'apporter une contribution productive à la collectivité.

Entre-temps, d'autres études ont révélé que le degré de satisfaction des clients dépendait étroitement de leur capacité d'avoir des rapports significatifs avec les travailleurs de la santé qui les comprenaient et étaient immédiatement sensibles à leur état. C'est ce que montrent clairement les résultats du projet *Agents de liaison auprès des Premières nations (SK402)* mené par le District de santé de Battlefords : deux agents de liaison des Premières nations ont été recrutés pour faciliter l'accès des Autochtones aux services de santé appropriés. Il n'y a pas eu d'évaluation systématique des résultats du projet, mais des faits montrent que le personnel de liaison parlant la langue crie a pu établir de solides rapports avec les clients, tout en aidant les fournisseurs de soins à mieux comprendre les besoins de ceux-ci en matière de santé.

3.1.4 Intégration

On propose depuis longtemps d'intégrer et de rationaliser les services pour améliorer les résultats, tout en réduisant les facteurs d'inefficacité et la fragmentation dans la prestation des soins de santé. Comme les études financées par le FASS le montrent, l'intégration nécessite, pour réussir, une planification détaillée avant la mise en œuvre du projet, l'établissement de bonnes voies de communication entre les organismes partenaires, et la volonté de veiller à ce que, dès le début, un personnel formé soit disponible. En revanche, les efforts d'intégration des services échoueront probablement si le leadership fait défaut, ou si les rôles et les responsabilités des employés sont mal définis.

Parmi les projets envisagés, une initiative lancée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), intitulée *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, est un exemple d'intégration relativement réussie des services. Le projet comportait le déploiement de services intégrés de soins à domicile dans cinq collectivités autochtones et inuites situées dans des régions différentes; il n'a été exécuté qu'après la réalisation d'un plan de mise en œuvre fondé sur une évaluation des besoins de chaque collectivité en soins à domicile. Après ce processus, les responsables ont pris des mesures pour intégrer la gestion des cas et l'évaluation des clients recevant des soins à domicile et pour s'assurer que le personnel de première ligne bénéficiait d'une supervision professionnelle. De cette façon, les employés étaient appuyés et sentaient qu'ils faisaient partie de l'équipe des soins de santé, et l'on veillait en même temps à ce qu'ils rendent des comptes au moyen de mécanismes de contrôle tels que des fiches de présence et des rapports sur les soins donnés aux clients. En outre, l'adoption d'un processus formel d'évaluation des clients a amélioré la correspondance entre les besoins et les ressources.

Dans le cas du projet réalisé par le District de santé de Battlefords dans le domaine des services pour enfants agressifs d'âge préscolaire (*SK324*), la mise au point d'un modèle d'intégration constituait un objectif primordial, ce qui a entraîné la création d'une équipe de gestion qui, à titre de partenaire égal aux autres, a collaboré à la planification, à la prestation et à l'évaluation des services destinés aux enfants et aux familles vulnérables qui participaient au projet (p. 19). Selon les auteurs du rapport, la mesure dans laquelle les responsables du projet ont pu intégrer les services dépendait surtout des efforts faits pour encourager de nouveaux rapports et de nouveaux comportements dans les sens horizontal et vertical, entre les organismes et à l'intérieur de ceux-ci (p. 19-20).

Toutefois, même dans le contexte des initiatives décrites ci-dessus, des problèmes se sont manifestés sur divers plans. Par exemple, les gestionnaires ont eu de la difficulté à faire accepter les changements provoqués par chaque projet, et les frais de gestion élevés rendus nécessaires pour garantir la réussite de l'intégration des services ont inquiété ceux et celles qui avaient quelque chose à voir avec le projet de soins à domicile de la DGSPNI.

Par ailleurs, d'autres constatations issues des projets nous renseignent aussi sur les difficultés inhérentes à l'intégration des services. En particulier, l'absence d'un solide leadership et le fait que les rôles et les responsabilités du personnel des organismes participants avaient été mal définis ont compromis les efforts visant à intégrer les services de soins de santé primaires dans la Première nation d'Eskasoni (*NA305*). Ces problèmes ont engendré des conflits interpersonnels

qu'a aggravés la séparation physique des fournisseurs des soins primaires et du personnel chargé de la santé communautaire.[1] Des différences culturelles ont aussi suscité des difficultés, par exemple, entre le personnel autochtone et les employés non autochtones, et entre les membres d'organismes n'ayant pas les mêmes conceptions de la gestion ou du service. Toutefois, comme ceux qui ont rédigé le rapport définitif l'ont précisé, la plupart des problèmes décrits plus haut ne se seraient pas posés si, dès le départ, un gestionnaire de projet expérimenté avait été aux commandes.

3.1.5 Rentabilité

Bien que bon nombre des études examinées ne fournissent pas d'évaluation quantitative détaillée sur l'efficacité en fonction des coûts, certaines mettent effectivement en lumière des démarches susceptibles de réaliser des économies à long terme dans les frais de santé. En général, les interventions les plus fructueuses ont été celles qui reposaient sur un investissement dans la santé et le développement au stade de la première enfance, sur la poursuite de l'intégration des services, ou sur le recours plus intensif à des services moins coûteux.

Ce n'est certes pas un concept nouveau, mais les stratégies qui encouragent le développement sain de l'enfant au début de sa vie ont effectivement contribué à l'amélioration de son état de santé au cours de sa vie adulte (Groupe de travail sur la Stratégie nationale pour le développement sain des enfants, 1998). Afin de mesurer les effets à cet égard, il faut exécuter une évaluation à plus long terme que dans le cas de n'importe lequel des projets financés par le FASS. Mais, selon les responsables du projet *Familles en santé - Soins de santé primaires aux familles à risque élevé (AB301-14)*, celui-ci a permis de faire des économies dans de nombreux domaines. En particulier, comme le projet avait mis l'accent sur le perfectionnement des compétences, l'éducation parentale et l'établissement de liens avec les ressources communautaires, ils ont observé des effets mesurables, notamment une réduction du nombre de fois où des nourrissons participant au projet ont été admis à la salle d'urgence, et des effets moins tangibles, tels qu'une diminution du nombre d'appréhensions par les agences de protection de l'enfance et un retour plus rapide des enfants qui avaient été placés en dehors du foyer parental. En fait, selon une évaluation à long terme des programmes des familles américaines saines, dont cette initiative s'inspire, chaque dollar investi a permis d'en économiser de trois à six.

Des projets axés sur l'intégration des services ou sur le recours plus intensif aux services moins coûteux ont aussi produit des résultats positifs. Tel a été le cas du *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni (NA305)*. Le projet ayant mis l'accent sur l'intégration des services des médecins aux programmes communautaires et sur le recours à une équipe multidisciplinaire de soins primaires dont les membres étaient encouragés à travailler en collaboration, les gestionnaires ont prédit une baisse de 40 p. 100 du nombre de visites à l'urgence au cours de l'année financière 2000 (les chiffres définitifs n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport). Parallèlement, le nombre de visites faites par les habitants d'Eskasoni chez leur médecin de famille est passé de onze par année, en 1997, à cinq, en 1999.

Les responsables d'un projet qui fournissait un logement supervisé et d'autres services communautaires aux habitants de Nunavik souffrant de problèmes mentaux graves (*QC434*) ont bien réussi à réintégrer leurs clients à leur collectivité respective, en les aidant à acquérir des habiletés sociales et en leur offrant des possibilités d'emploi. De cette façon, les malades mentaux ont pu continuer à vivre dans un milieu culturel qui leur était familier et à profiter des structures de soutien locales. Comme l'hospitalisation avait été auparavant la seule solution lorsque les membres de la famille du malade n'arrivaient plus à tenir le coup, le projet pourrait bien engendrer des économies considérables en frais de transport et en soins hospitaliers.

---

1. Quand un nouveau centre de santé communautaire a été construit avec l'aide financière des gouvernements fédéral et provincial, les lignes directrices exigeaient que les logements du personnel fournissant les soins primaires (payé par la province) et ceux du personnel de la santé communautaire (payé par le gouvernement fédéral) se trouvent dans deux immeubles distincts. Cependant, les deux bâtiments avaient un mur mitoyen dans lequel une porte devait être pratiquée, une fois la construction terminée.

3.1.6 Transférabilité

Comme le montrent les résultats des recherches financées par le FASS, il faut, pour reproduire avec succès les projets en question, un cadre d'application clair, la souplesse voulue pour l'adapter aux conditions et aux paramètres locaux, et la volonté d'appliquer un processus d'évaluation complet.

Parmi les projets examinés, peu ont autant mis l'accent sur cet aspect que de la DGSPNI, intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, qui a été mené en partenariat avec cinq localités autochtones pendant 18 mois à partir de la fin de 1998. En mettant l'accent sur l'adoption d'une solide structure d'exécution, fondée sur l'examen par les pairs, sur un processus d'évaluation des besoins locaux et sur l'élaboration d'un cadre de services essentiels, le modèle pourrait être adopté par d'autres collectivités. En outre, il est assez souple pour permettre l'ajout de composantes ou l'expansion de services existants face aux besoins et aux priorités de l'endroit. Les gestionnaires de Santé Canada ont déjà utilisé l'information tirée du projet pour lancer des programmes de soins à domicile et de soins communautaires dans plus de 600 communautés autochtones du pays.

Bien qu'il n'ait pas été mis à l'essai sur le terrain, le modèle de l'Association des femmes autochtones du Québec, intitulé *Une approche communautaire pour répondre aux besoins en soins à domicile de la population autochtone des villes au Canada* (*NA1022*), révèle des idées intéressantes sur la conception et la prestation des services fournis aux Autochtones vivant en dehors des réserves. Citons, en particulier, une liste détaillée des composantes des programmes prenant en compte les réalités culturelles et un cadre d'évaluation permettant de mesurer la capacité des programmes de soins à domicile, conçus expressément pour les Autochtones, de répondre aux besoins des clients.

D'autres projets se caractérisent aussi par des démarches ou des leçons qui pourraient être utiles à d'autres organismes et à des collectivités d'autres régions. Par exemple, le cadre mis au point par le projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants (QC434)*, pour créer un « centre de réintégration » à Inukjuak, fournit les éléments essentiels à la création de centres semblables dans d'autres localités éloignées aux prises avec les problèmes dus à la toxicomanie ou aux maladies mentales. En bref, le projet montre qu'en dotant le centre d'une équipe multidisciplinaire de spécialistes de la santé mentale, qui assurent notamment un suivi communautaire, et en acceptant que les malades fassent des séjours en établissement de longue et de courte durée [par exemple, pour donner un répit à leur famille (soins de relève)], on peut répondre à toute une gamme de besoins à un seul endroit.

Entre-temps, le projet *Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé* (*SK330*), que l'Université de la Saskatchewan a mené pour cerner les besoins et les préoccupations des petits salariés de Regina et de Saskatoon en matière de santé, a été couronné de succès, surtout parce qu'il reposait sur une méthode de recherche participative. Les responsables ont demandé aux membres de la population visée de concevoir et d'administrer un « questionnaire sur les points forts et les difficultés de la collectivité en matière de santé ». Ils ont ensuite examiné les données dans le contexte de chaque localité, puis ils ont finalisé les résultats. En repérant les lacunes dans la prestation des services et les chevauchements, et en mettant en évidence la mesure dans laquelle les membres de la collectivité ne suivaient pas les conseils médicaux relatifs à leur maladie chronique, le projet a montré qu'il permettait avantageusement d'obtenir des renseignements détaillés tout en encourageant les participants à faire des choix sains dans leur vie.

Ce qui est aussi important, c'est que plusieurs des projets financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé renseignent sur les obstacles dont il faut tenir compte pour reproduire les projets en question avec succès. Dans le premier cas, les localités septentrionales qui prenaient part au projet de la DGSPNI, intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, ont précisé qu'elles avaient besoin de fonds supplémentaires

pour payer les frais de logement élevés, le salaire du personnel et les déplacements dans leur région. De même, les participants au *Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations* (*NA108*) se sont dits préoccupés par le manque de normalisation dans les systèmes de télémédecine des provinces et des territoires, ce qui entravait la connectivité entre les collectivités autochtones et réduisait la portée des transferts de technologie.

3.2 Autres constatations

3.2.1 Communications

L'absence de communication efficace risque, de bien des façons, de nuire à un projet communautaire de santé. Elle peut surtout entraîner des conflits et des malentendus entre les membres de l'équipe chargée du projet et réduire la mesure dans laquelle des groupes particuliers comprennent les messages et les services relatifs à la santé et y répondent. Cependant, comme les chercheurs financés par le FASS l'ont montré, on peut atténuer ces problèmes en investissant tôt dans la création de voies de communication directes et formelles, et en collaborant avec les groupes clients pour s'assurer que la mise en œuvre du projet se fera dès le début dans le respect des paramètres culturels et linguistiques.

Par exemple, le projet intitulé *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)* a mis en lumière l'importance de la communications entre les divers intervenants. Pour que l'intégration réussisse, il faut dès le départ agir promptement pour expliquer aux clients comment le projet les touchera, tout en créant un contexte où le personnel pourra clarifier les renseignements ou offrir de nouveaux points de vue sans être immédiatement jugés par les autres (p. 25). En outre, il est essentiel d'établir des voies de communication formelles au sein même des organismes et entre eux. En d'autres termes, les responsables du projet doivent clairement définir les rôles et les fonctions des membres de l'équipe, établir une hiérarchie dans les responsabilités et la faire respecter.

Entre-temps, le projet *Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants* (*QC434*) a montré l'importance de la communication tenant compte des aspects culturels quand des Autochtones font partie de la population visée par le projet. Dans leur rapport final, les chercheurs ont fait valoir que la réussite du projet s'expliquait en grande partie par les efforts que l'on avait faits au début pour préparer les collectivités, définir avec elles les objectifs et les procédures et clarifier la répartition des responsabilités. De même, les clients qui ont pris part au projet *Agents de liaison auprès des Premières nations* du District de santé de Battlefords s'en sont dits satisfaits dans une large mesure parce qu'ils traitaient avec des personnes qui connaissaient la langue crie ainsi que les caractéristiques de leur culture et de leur collectivité.

À un niveau plus général, les chercheurs ont constaté que les messages ordinaires de promotion de la santé ne parviennent souvent pas aux groupes marginalisés, y compris les Autochtones. C'est là une des conclusions tirées par les auteurs d'une étude de la Keeweetinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA), intitulée *Quelles sont les caractéristiques des clients et des obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation?* (*AB301-20*). Cette étude portait sur les moyens d'améliorer les taux d'immunisation chez la population de la région qui ne respectait pas les consignes en la matière. Devant la situation, les chefs du projet ont décidé de mettre davantage l'accent sur les rapports personnels avec les clients (par téléphone ou en personne), et de demander aux professionnels de la santé de mieux guider les malades à risque tout en les encourageant à assurer la responsabilité de leur propre santé.

Dans la même veine, l'Université de la Saskatchewan a mené un projet intitulé *Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé* (*SK330*) en vue d'exécuter une enquête communautaire sur la santé des habitants du centre-ville de Regina et de Saskatoon. Les chercheurs ont constaté que les participants tendaient à ne pas réagir aux conseils médicaux. L'insuffisance des contrôles nous empêche de savoir si le projet a eu des effets durables sur les comportements des participants en matière de santé, mais il a mis en lumière la mesure dans laquelle une démarche vraiment participative, qui rend les membres de la collectivité

conjointement responsables de la conception, de la mise en œuvre et de la finalisation du projet, peut susciter un degré élevé d'engagement de leur part.

3.2.2 Mécanismes de médiation

Bon nombre des rapports ont mentionné l'importance d'intervenants clés, tels que les chefs de la collectivité ou les agents de liaison, dont le rôle ou l'appui a influé considérablement sur les résultats des projets. En d'autres mots, ces personnes ont assumé un rôle de médiateur, en encourageant les autres à participer, en facilitant la communication entre les responsables du projet et les membres de la collectivité, ou en aidant à régler les conflits et à dissiper les malentendus.

Le cas des agents de liaison pour la santé illustre bien ces propos, puisqu'ils ont fait le pont entre les clients autochtones et d'autres membres de l'équipe des services de santé. On a encouragé le recours à ces agents dans le contexte des soins prodigués à domicile aux Autochtones des villes (*NA1022*); en outre, l'influence positive de ces agents sur la réalisation du projet a été mise en lumière par les participants au projet *La santé pour tous* (*AB301-18*), que le Keeweetinok Lakes Regional Health Authority (KLRHA) a exécuté en collaboration avec quatre groupes métis. Le projet s'était caractérisé par une méfiance considérable des intervenants, et un agent de liaison autochtone a dès lors joué un rôle important en expliquant le but du projet aux membres des collectivités métisses et en obtenant leur participation. L'agent a aussi servi d'intermédiaire principal entre les dirigeants métis et l'équipe de gestion de la KLRHA.

Les résultats des projets financés par le FASS ont souligné à quel point les chefs des collectivités peuvent influer sur le succès ou l'échec relatif d'une initiative donnée. Par exemple, à la faveur du programme pilote *Services d'appui communautaires/à domicile pour diabétiques - Premières nations et Inuits* (*NA1012*), que la DGSPNI a entrepris pour évaluer l'efficacité de différents modèles de soins à domicile destinés aux diabétiques autochtones et à leur famille, les chercheurs ont constaté que la réussite n'était pas tant fonction du modèle particulier choisi que de la mesure où il répondait aux besoins de la collectivité et de l'appui que lui accordaient les dirigeants locaux. À cet égard, les auteurs du rapport final ont souligné que le degré de participation de ces derniers n'importait pas autant que la nécessité pour eux de reconnaître l'utilité du programme et de le soutenir (p. 28).

De même, les intervenants dans la mise en œuvre du projet *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits* (*NA108*) ont affirmé qu'à chaque stade de ce dernier, on avait cerné la nécessité, pour la collectivité et ses dirigeants, de participer aux efforts et de les appuyer (p. 23). L'évaluation a confirmé que les dirigeants soutenaient l'initiative et croyaient en son importance mais, d'après certains, il a été difficile d'obtenir du temps avec les dirigeants pour discuter de questions relatives aux soins à domicile.

4. Ressources humaines dans le domaine de la santé

En matière de ressources humaines, les gestionnaires du secteur de la santé dans les communautés autochtones font face à bon nombre de difficultés semblables à celles qui se posent à leurs collègues n'importe où ailleurs au pays. Malgré tout, les rapports sur les projets ont cerné divers problèmes particuliers qu'il convient d'examiner.

4.1 Gestion

L'intégration des services ou l'adoption d'un nouveau mode de prestation engendre toujours une certaine tension chez ceux qui sont touchés par le changement, y compris les clients et les membres du personnel. Afin de dissiper les inquiétudes, les responsables du projet ont mis l'accent sur l'importance de définir précisément les rôles et sur l'adoption immédiate de politiques sur les ressources humaines et d'appuis dans ce domaine. Dans le même ordre d'idées, une planification insuffisante ou le manque de supervision professionnelle risque d'aggraver la tension due à l'adoption d'un nouveau cadre.

Ainsi, dans le contexte du projet mené par le District de santé de Battlefords à l'intention des enfants agressifs d'âge préscolaire (*SK324*), les professionnels participants ont souligné la nécessité de définir clairement et logiquement, dès le début du projet, les rôles et les responsabilités des nouveaux employés travaillant dans un régime intégré de prestation des services. Parallèlement, les expériences vécues par les collectivités pilotes prenant part au projet de la DGSPNI intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits* (*NA108*) ont montré que des politiques détaillées sur les ressources humaines et de bons appuis en la matière avaient beaucoup favorisé le succès du projet. Ces appuis comprennent un manuel sur les politiques régissant le personnel qui est appliqué uniformément, des descriptions d'emploi et des attentes claires, des congés annuels et des congés de maladie payés, ainsi qu'une pension et des prestations-maladie.

En outre, les responsables ont insisté sur l'importance de collaborer avec le personnel existant des services communautaires de santé, pour redéfinir le rôle de chacun dans le contexte du nouveau régime de prestation des services. L'auteur du rapport final sur le *Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaires pour la Première nation d'Eskasoni* (*NA305*) a mis cet aspect en lumière en évoquant les effets d'une baisse du nombre de personnes se rendant à l'extérieur de la collectivité pour voir un médecin :

> Ce changement relatif à l'accès aux soins primaires a considérablement avantagé le budget des transports pour raisons médicales, mais il a aussi beaucoup nui sur le plan financier aux 17 chauffeurs des taxis médicaux qui, pendant des années, avaient assuré le service de transport. Dans une localité où le taux de chômage est très élevé, la perte de ce nombre d'emplois relativement bien payés est énorme. [...] En rétrospective, il aurait fallu se soucier davantage de prévoir cette conséquence et prendre des mesures pour préparer ceux que le changement allait désavantager sur le plan économique (p. 42).

Enfin, les responsables ont affirmé qu'une supervision compétente était essentielle à la réussite des projets. Par exemple, selon l'évaluateur du projet concernant les soins primaires à Eskasoni, l'absence d'un administrateur à temps plein a expliqué, en grande partie, pourquoi il a été difficile d'intégrer le personnel chargé des soins de courte durée et de la santé communautaire. Bien que bon nombre des problèmes aient été de nature culturelle ou structurelle, et causés par la séparation physique des deux personnels et par des principes organisationnels divergents, on avait fortement l'impression que les difficultés se régleraient à partir du moment où l'on nommerait un directeur du centre des soins de santé.

4.2 Sensibilité culturelle

À la lumière des constatations issues des recherches montrant que les Autochtones continuent de subir la discrimination et le racisme, à un degré élevé, de la part des fournisseurs de soins de santé non autochtones (Browne, Fiske et Thomas, 2000), les chefs des projets ont souligné l'importance des qualités personnelles quand on embauche des employés appelés à travailler dans les milieux autochtones de la santé, et la nécessité de veiller à ce que le personnel soit bien sensibilisé à l'identité culturelle des clients.

Par exemple, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik (*QC434*) a adopté une démarche très structurée pour choisir son personnel et s'assurer ainsi qu'elle réunirait des personnes dotées des compétences et des habiletés appropriées pour travailler au centre de ré-intégration d'Inukjuak, créé à l'intention des personnes aux prises avec de graves problèmes de santé mentale. En particulier, les chefs du projet ont mis sur pied un comité de sélection du personnel qui représentait la diversité des intérêts des intervenants, y compris ceux de la collectivité et du centre de santé local. En outre, au moment d'examiner les compétences et les antécédents des candidats de l'extérieur, le comité a accordé une attention spéciale aux objectifs du programme, au contexte communautaire et à l'expérience du travail avec les collectivités autochtones, et à la capacité du candidat de fonctionner dans une équipe multidisciplinaire et de s'adapter à un nouveau milieu.

Entre-temps, dans un de ses rapports, l'Association des femmes autochtones du Québec a fait valoir avec vigueur la nécessité de se sensibiliser aux réalités culturelles quand on traite avec des clients autochtones (*NA1022*). L'auteure du rapport a affirmé que, pour répondre aux besoins en soins à domicile des Autochtones vivant dans les villes, il faut former et embaucher du personnel autochtone dans tous les domaines, depuis le soutien à domicile jusqu'aux services d'un médecin. S'il n'y a pas de personnel autochtone, il faut fournir des employés ayant reçu une formation appropriée sur les réalités culturelles propres à la clientèle.

4.3 Embauche et conservation des effectifs

Dans un certain nombre des études, les auteurs ont mentionné les problèmes dus à la pénurie de personnel ou à la difficulté d'embaucher et de conserver des effectifs compétents. Afin de régler ces problèmes, les gestionnaires de projet ont fait valoir qu'il fallait affecter plus de temps et de ressources au recrutement et adopter sans doute des mesures spéciales dans les régions éloignées pour attirer des candidats valables, notamment augmenter le salaire et les indemnités de logement, ou accorder aux personnes le temps nécessaire, dans leur horaire, pour s'adonner à des activités traditionnelles (p. ex.: la chasse).

Voici un exemple des défis que présente l'embauche du personnel dans le Nord : l'Inuit Tapirisat du Canada a fait observer dans son rapport *Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions Inuit (NA485)* que, même si les collectivités de la région ont accès à des services de soins infirmiers de base, le système est assujetti à des pressions considérables dues aux pénuries de personnel. Toutefois, comme le révèle l'analyse faite à l'issue d'un projet que le FASS a financé au Nunavut et qui a échoué (*NV321*), il est peu probable que l'on remédie à la pénurie de personnel en réservant tout simplement des ressources supplémentaires au recrutement. Le projet, qui devait alléger la charge des médecins en renforçant le rôle du personnel infirmier, n'a jamais été lancé, malgré un solide engagement des intervenants et la présence de fonds supplémentaires, car les gestionnaires n'ont tout simplement pas réussi à trouver un(e) infirmier(ère) pour occuper le poste.

Entre-temps, les responsables du projet de la Lakeland Regional Health Authority (*La santé pour tous*) (*AB301-18*) ont mentionné un manque de candidats pour les postes d'infirmier de peuplement,[2] et ils ont expliqué que cela est dû en partie par l'isolement professionnel du titulaire. Les infirmiers qui occupent les postes de ce genre doivent essentiellement travailler en autonomie et risquent de vivre dans une grande solitude, surtout si la collectivité ne les prend pas sous son aile, ne les fait pas participer à ses activités et ne les met pas en rapport avec d'autres fournisseurs de services (p. 8). Ces conclusions ont incité les auteurs du rapport à recommander l'embauche d'un(e) infirmier(ère) expérimenté(e) dans un tel poste et à exhorter les chefs de collectivité à prendre des mesures concrètes pour faciliter leur intégration à la vie communautaire.

Dans le contexte du projet de la DGSPNI intitulé *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits* (*NA108*), les localités septentrionales prenant part à l'initiative ont insisté sur la nécessité de fonds supplémentaires pour payer les salaires et le logement du personnel, étant donné le coût de la vie élevé dans les régions en question. Les responsables de la mise sur pied du centre de réintégration de Nunavik (QC434) ont dit que l'épuisement professionnel des employés constituait un véritable problème, ce qui les a incités à recommander que les professionnels de la santé prenant part au projet passent régulièrement des périodes en dehors de la collectivité.

Les chefs de projet ont aussi eu du mal à constituer un personnel inuit stable. Les employés n'étaient disposés à travailler qu'à temps partiel, parce qu'ils voulaient pouvoir s'adonner à des activités traditionnelles et s'occuper de leur famille; d'autres employés ont laissé leur poste à cause de crises personnelles et d'autres

2. Les chefs du projet ont embauché quatre infirmiers de peuplement devant travailler à mi-temps dans chacun des quatre peuplements métis de la région de Lakeland, en Alberta. Il incombait aux infirmiers de fournir des services de santé publique et des soins à domicile, au sein d'une équipe multidisciplinaire de soins de santé.

problèmes. Cela a amené l'auteur du rapport final à proposer de réserver au moins six à huit mois au processus de recrutement dans les petites localités démunies de personnel expérimenté, et de fournir une formation sur le tas dans le cadre de ce processus.

4.4 Formation

Les résultats de certains projets financés par le FASS ont montré les avantages qu'il y a à fournir une formation ciblée aux travailleurs de la santé professionnels et non professionnels. Ce genre de formation a pu non seulement améliorer le moral et le rendement au travail, mais elle a aussi amené le personnel à modifier ses méthodes pour accroître l'efficacité ou réduire le coût de la prestation des services. Il importait tout particulièrement de fournir une formation suffisante dans le contexte de la télésanté, pour que le personnel connaisse bien le fonctionnement de telle ou telle technologie et que les médecins et d'autres groupes clients se sentent à l'aise en l'utilisant.

Par conséquent, bien qu'au moins un des rapports sur les projets de télésanté ait souligné qu'une formation insuffisante du personnel et l'existence d'un matériel peu fiable avaient contribué à faire en sorte que le projet ne réponde pas uniformément aux besoins des malades, un autre (*NA402*) a mis en lumière l'importance de bien renseigner les fournisseurs de soins de santé sur la technologie en question, notamment sur ses avantages et sur ses faiblesses. Les auteurs du rapport ont précisé qu'il fallait, ce faisant, se pencher sur les préoccupations des fournisseurs en matière de responsabilité, par exemple en ce qui concerne la qualité technique des images médicales transmises.

Entre-temps, le projet *Services d'appui communautaire/à domicile pour diabétiques - Premières nations et Inuits* (*NA1012*) a mis en évidence l'utilité de fournir une éducation et une formation au personnel de première ligne non professionnel. En particulier, les auteurs du rapport ont affirmé que, pour établir des services communautaires de lutte contre le diabète, une des étapes primordiales à franchir consistait à former les fournisseurs de soins. Cette opinion était aussi celle des responsables du projet *Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits (NA108)*, selon qui les programmes de formation destinés aux fournisseurs de soins à domicile avaient pour avantage d'améliorer les services, le rendement au travail, le professionnalisme et l'estime de soi des intéressés. Cependant, les chefs des projets ont évoqué un certain nombre de défis, y compris la difficulté de trouver des cours dont le prix était abordable dans la collectivité et le fait que certains participants éventuels n'ont pas le degré d'instruction nécessaire pour être admis au programme.

Un projet pilote mené par les Sœurs de la charité des Services de santé d'Ottawa, intitulé *Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille*, a aussi montré comment on peut obtenir des avantages concrets grâce à un programme de formation très ciblé. Après avoir conçu un modèle d'apprentissage pour améliorer la « collaboration structurée » entre le personnel infirmier et les médecins, les responsables du projet l'ont mis à l'essai dans deux centres d'intervention et deux centres de contrôle dans des régions rurales et éloignées de l'Ontario. Le comportement du personnel infirmier aux centres d'intervention a changé considérablement par suite de l'exercice de formation : il a renvoyé moins de cas aux médecins et a assumé la responsabilité de soins plus complexes. Bien qu'un changement semblable ne se soit pas produit chez les médecins ayant suivi la formation, le projet a néanmoins mis en évidence une démarche qui pourrait servir à amener le personnel infirmier à assumer un rôle plus grand que maintenant dans l'équipe des soins de santé primaires.

5. Conséquences inter-sectorielles

Quand le rapport Lalonde intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* a paru en 1974, on y lisait une observation novatrice : l'état de santé dépend des rapports entre le mode de vie, l'environnement, le patrimoine génétique de l'individu et les services de santé. Certes, notre compréhension des déterminants sociaux et physiques de la santé s'est raffinée au cours des 25 dernières années, mais la conclusion fondamentale du rapport Lalonde a essentiellement conservé tout son à-propos : l'état de santé dépend de beaucoup plus que l'accès aux médecins, aux hôpitaux et à d'autres services de santé. En fait, il est aussi fonction de facteurs tels que le mode de vie, l'environnement et la biologie humaine, d'où l'importance des recherches mettant l'accent plus généralement sur les conditions nécessaires pour que les individus mènent une vie saine, enrichissante et productive. Les résultats de bon nombre de projets financés par le FASS ont jeté de la lumière sur l'effet de ces paramètres élargis sur la santé des Autochtones.

5.1 Niveau de scolarité

Les recherches montrent que les femmes autochtones sont plus susceptibles que les hommes de posséder un diplôme universitaire ou d'avoir fait des études secondaires ou postsecondaires, mais le niveau de scolarité atteint par l'ensemble des Autochtones est nettement inférieur à celui du reste de la population canadienne (Canada, 2000). Les conséquence de cet état de choses pour la santé sont importantes. Comme le précise clairement Santé Canada dans son *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, ceux ayant fait des études formelles moins poussées sont plus susceptibles d'être chômeurs et pauvres et d'être caractérisés par un taux élevé de tabagisme et d'inactivité physique, et moins nombreux seront ceux parmi eux qui décriront leur état de santé comme étant « excellent » (Canada, 1999).

Dans un certain nombre de cas, les auteurs des études financées par le FASS ont recommandé des façons d'améliorer le bagage scolaire des particuliers. Par exemple, le projet *Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire (SK324)*, mené par le District de santé de Battlefords, a montré comment des interventions ciblées B par exemple, la gestion intégrée des cas et l'offre de counselling familial à la maison, à l'école et dans d'autres contextes non conventionnels B pouvaient contribuer à remédier aux problèmes de comportement des enfants. Bien qu'une évaluation quantitative du projet n'ait révélé aucun changement digne de mention dans les comportements des enfants,[3] les enseignants, les fournisseurs de soins et d'autres professionnels des services sociaux ont exprimé une opinion très favorable sur le projet; ils ont observé une amélioration du rendement des participants en classe et de leur capacité d'entretenir des rapports avec les autres. Étant donné ces constatations, d'autres organismes, y compris les Premières nations, les conseils scolaires et les gouvernements provinciaux et territoriaux auront sans doute intérêt à envisager le lancement de programmes semblables sur leur propre territoire.

5.2 Emploi et revenu

En général, le taux de pauvreté et de chômage est sensiblement plus élevé chez les Autochtones du Canada que dans les autres segments de la population. Le nombre de gagne-petit est particulièrement élevé dans certains groupes autochtones, notamment chez les femmes, dont 42,7 p. 100 vivaient sous le seuil de la pauvreté en 1996 (Canada, 2000). Or, on a montré que les pauvres attrappent plus de maladies et meurent plus jeunes que les personnes ayant un revenu plus élevé (Canada, 1999).

Il faut voir, dans le développement économique des collectivités autochtones, un élément critique de toute stratégie visant à améliorer la santé et le mieux-être des Autochtones du Canada. Par exemple, les auteurs d'études telles que celles menées par la DGSPNI

3. Selon les auteurs du rapport final, ces résultats s'expliquent peut-être par la petite taille de l'échantillon ou par la courte durée du projet.

auprès de la Première nation d'Eskasoni (*NA305*) et par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Nunavik à Inukjuak (*QC434*) ont montré que le manque de perspectives d'emploi était un problème grave dans les deux collectivités. Le projet d'Inukjuak, en particulier, a révélé comment un emploi, combiné avec d'autres ressources, peut aider les personnes atteintes d'une maladie mentale grave à stabiliser leur vie, à accroître leur indépendance et à améliorer leur qualité de vie.

Il faut aussi mentionner les conclusions des études mettant en exergue un rapport entre la pauvreté et les modes de vie malsains. Par exemple, l'étude menée par la KLRHA sur les obstacles entraînant le non-respect des calendriers d'immunisation (*AB301-20*) a montré que les enfants des parents jeunes, célibataires, autochtones, ayant un revenu plus bas que la moyenne et un niveau de scolarité inférieur à la 12e année étaient les plus susceptibles d'être sous-immunisés. De même, dans le cadre d'un projet qui visait à réduire le taux de récidivisme chez les délinquants incarcérés dans les pénitenciers de la province (*SK333*), les sociétés Elizabeth Fry et John Howard de la Saskatchewan ont constaté que les détenus avaient fortement connu la pauvreté et le chômage avant d'être incarcérés : 65 p. 100 des participantes recevaient des prestations d'aide sociale et 50 p. 100 des hommes étaient au chômage au moment de commencer à purger leur sentence. Ces résultats mettent en lumière la nature complexe des problèmes de santé et des problèmes sociaux affligeant les Autochtones, et la nécessité d'adopter des stratégies multisectorielles pour les régler.

5.3 Milieux sociaux

L'aliénation sociale ainsi que la violence communautaire et familiale constituent de graves problèmes dans de nombreuses localités autochtones. Par exemple, le taux de suicide chez les hommes inuits de 16 à 30 ans est environ dix fois plus élevé que chez les hommes non autochtones du même groupe d'âge (Brann, 1996), tandis que le nombre de personnes admises à l'hôpital pour des causes liées à l'alcool est trois fois plus grand chez les femmes autochtones que chez les autres femmes (Canada, 1996). Au moins trois quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence au moins une fois dans leur vie (Canada, novembre 1999).

Ces problèmes ont de lourdes conséquences pour le tissu social autochtone, et de profonds effets sur la santé et le mieux-être des individus et de leur famille. Certes, l'autonomie gouvernementale, la réconciliation et un retour à la culture, aux langues et aux traditions autochtones sont des éléments fondamentaux du processus de guérison, mais il faudra des années pour les concrétiser pleinement. De toute évidence, des mesures s'imposent aussi à court et à moyen terme pour lutter contre la marginalisation des Autochtones.

Deux des projets financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé méritent une attention particulière à cet égard : *Soins de santé primaires aux familles à risque élevé (AB301-14)* et *Intervention face à l'utilisation à mauvais escient des médicaments de prescription dans les collectivités des Premières nations (NA408)*. Dans le premier cas, un projet entrepris par la Capital Health Authority pour améliorer les compétences parentales et stimuler le développement personnel chez les familles à faible revenu d'Edmonton a été couronné de succès. Les parents sont non seulement parvenus à mieux comprendre le développement de leur enfant grâce au projet, mais ils ont également affirmé que leur relation avec lui s'était améliorée. Bien que l'évaluation du projet se poursuive, le succès remporté jusqu'ici met en exergue les avantages d'une démarche holistique faisant intervenir divers fournisseurs de services, depuis les organismes de santé jusqu'aux groupes communautaires.

Entre-temps, les administrations des Premières nations et les gestionnaires des ministères fédéraux, tels que le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, auront avantage à examiner les résultats d'un projet de la DGSPNI (NA408) mené pour faire échec à la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance dans la Première nation de Red Bank, au Nouveau-Brunswick. Le projet s'est heurté à toutes sortes de difficultés, mais ses conclusions montrent malgré tout comment de nombreux facteurs compliquent les efforts déployés pour enrayer l'aliénation et la toxicomanie chez les jeunes : citons la facilité avec laquelle on peut se

procurer des médicaments dans la collectivité; l'absence de sanctions juridiques et sociales en cas de mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance, et la résistance de la collectivité à discuter du problème ou à s'y attaquer. Parallèlement, le rapport rédigé sur le projet évoque la puissance des pratiques traditionnelles, telles que les pow-wow et les sueries, pour promouvoir un mode de vie sain chez les enfants, les jeunes et les adultes.

6. Conséquences pour les politiques et la pratique

Afin d'essayer de relever les défis qui se posent à la population autochtone du pays en matière de santé, les responsables des projets financés par le FASS ont cherché à atteindre un ou plusieurs des objectifs suivants : améliorer l'état de santé des Autochtones et leurs résultats sur ce plan; éliminer les obstacles qui empêchent les Autochtones d'accéder au système de soins de santé; développer dans les communautés autochtones la capacité de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs propres programmes de santé. Chacun de ces objectifs est important en soi, mais les trois doivent faire partie d'une stratégie intégrée devant permettre d'éliminer les profondes différences qui, en matière de santé, continuent de séparer les Autochtones du reste de la population canadienne.

En ce qui concerne le premier objectif, pour améliorer l'état de santé des Autochtones il faut s'attaquer aux politiques et aux méthodes existantes qui favorisent l'inefficacité et qui ont des effets pernicieux. Par exemple, le fait que les personnes ayant droit aux prestations de la DGSPNI doivent voir un médecin pour se faire rembourser le prix de tout produit de santé, depuis les médicaments d'ordonnance jusqu'aux écrans solaires, a entraîné le recours excessif aux services des médecins dans certaines collectivités. Devant ce problème, les décideurs voudront déléguer la responsabilité d'approuver les médicaments en vente libre au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un régime de rationnement fondé sur les niveaux de consommation actuels. Parallèlement, les résultats du projet de la DGSPNI mené pour faire échec à l'utilisation excessive des médicaments d'ordonnance dans la Première nation de Red Bank (*NA408*) soulignent la nécessité de sensibiliser davantage la population aux dangers inhérents à la mauvaise utilisation de tels médicaments, tout en encourageant les chefs de la collectivité et les fournisseurs de soins de santé à collaborer pour instituer un programme de surveillance devant permettre de repérer les personnes qui abusent du système.

Les recherches financées par le FASS ont montré que la mesure dans laquelle un projet permet d'améliorer la santé des participants n'est pas tant fonction de la taille du budget que de la capacité de l'équipe de travailler avec les groupes communautaires établis, pour s'attaquer à un besoin réel dans une population cible bien définie. Cette constatation fait ressortir le rôle déterminant que les organismes autochtones locaux peuvent jouer dans la mise en œuvre des initiatives de santé communautaires. Ils connaissent les besoins des clients autochtones et, de plus, leur crédibilité à titre de fournisseurs de services aide à promouvoir la participation des personnes au projet. La constatation montre en outre la nécessité de mettre l'accent sur les groupes en mauvaise santé, tels que les aînés diabétiques ayant besoin d'aide à domicile, ou sur ceux qui sont les plus susceptibles de profiter du projet à long terme, tels que les enfants et les jeunes. Sont tout particulièrement essentielles à cet égard les initiatives qui encouragent les jeunes mères à faire des choix de vie positifs, qui favorisent un développement sain de l'enfant, ou qui permettent de créer de bons programmes d'apprentissage et de divertissement pour les jeunes Autochtones.

À un niveau plus général, les projets financés par le FASS ont permis de mettre en évidence la nature multidimensionnelle de plusieurs défis qui se posent aux Autochtones en matière de santé. Par exemple, les maladies mentales ne forment qu'un des problèmes affligeant les résidents du centre de réintégration d'Inukjuak, au Nunavik (*QC434*). Il faut aussi mentionner la toxicomanie, le manque d'emplois et l'incapacité de la famille à fournir des soins suffisants

à ses membres malades. Dans de telles situations, les planificateurs des services de santé communautaires doivent évaluer les besoins des clients autochtones d'un point de vue holistique, en les situant dans le grand contexte socioéconomique. Cela met l'accent sur la possibilité d'établir des partenariats fructueux entre les organismes de santé, les établissements d'enseignement et les entités de développement économique B par exemple, pour encourager les mères adolescentes à retourner à l'école, ou pour procurer un emploi aux personnes ayant un handicap physique dans des entreprises locales.

Bon nombre des rapports examinés ont mentionné que l'élimination des obstacles à l'accès aux services de santé pour les Autochtones constituait un autre élément clé. Les responsables des projets ont adopté diverses stratégies pour améliorer l'accès B depuis la mise sur pied de cadres holistiques de prestation des services dans les localités éloignées jusqu'à l'utilisation accrue des agents de liaison autochtones B mais ce sont surtout les projets axés sur les services de télésanté qui ont mis des problèmes en évidence. Cette technologie peut certainement améliorer l'accès des clients aux services des spécialistes, et elle a suscité des commentaires positifs de la part du personnel de santé à qui elle procure de nouvelles occasions de perfectionnement professionnel et de soutien, mais ses effets sur les résultats en matière de santé et sur la qualité des soins ont été peu concluants, en fin de compte. En outre, dans plusieurs cas, les clients ont précisé que la technologie les mettait mal à l'aise ou que son manque de fiabilité les décevait. Bien que les projets financés par le FASS n'aient pas permis d'en démontrer la rentabilité, il faut poursuivre les recherches dans le domaine en mettant particulièrement l'accent sur les résultats en matière de santé, sur la rentabilité et sur l'interopérabilité entre les provinces et les territoires.

Cela ne veut pas dire qu'il faille entreprendre ces recherches aux dépens d'autres efforts visant à améliorer l'accès des Autochtones aux services de santé. Un des thèmes qui revenait particulièrement souvent dans bon nombre des rapports examinés concernait l'importance des relations personnelles et de formes de communication appropriées, sur les plans linguistique et culturel, pour promouvoir l'utilisation du système de santé par les Autochtones. En effet, on peut militer fortement en faveur d'une démarche double pour régler le problème de l'accès. D'abord, les décideurs doivent prendre des mesures pour encourager les rapports personnels directs entre les fournisseurs de soins de santé et leurs clients autochtones. Par exemple, accroître le nombre des visites à domicile, réduire la charge de travail des fournisseurs, et assouplir l'horaire des rendez-vous. Cette interaction plus grande favoriserait une meilleure compréhension de part et d'autre, tout en donnant aux fournisseurs de soins la possibilité de suivre leurs clients de plus près et de les encourager à adopter des modes de vie sains.

Ensuite, les conclusions montrant que les clients autochtones se sentent souvent plus à l'aise quand ils traitent avec un travailleur autochtone de la santé soulignent la nécessité de recourir davantage aux agents de liaison autochtones dans les centres de santé ordinaires. De plus, il faut déployer d'autres efforts pour faciliter l'accès des Autochtones à une carrière dans le domaine de la santé, tant en augmentant le nombre des bourses offertes qu'en renforçant, ce qui est essentiel, le soutien personnel et professionnel fourni à ceux qui y travaillent déjà.

La question de l'acquisition des capacités se rapporte étroitement à la difficulté qu'il y a à recruter un nombre suffisant de travailleurs autochtones de la santé. Quelques projets financés par le FASS ont abordé explicitement la question de savoir ce que supposerait le transfert du contrôle des services de santé du gouvernement fédéral aux Premières nations, mais il s'agit là d'un processus en cours, d'où la nécessité pressante de voir à ce que les communautés autochtones aient les ressources nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et exécuter leurs propres programmes en matière de santé.

Dans le cadre de ce processus, il importe de procurer aux travailleurs de la santé et aux gestionnaires des occasions suffisantes de formation et de perfectionnement. Dans le domaine des soins à domicile, par exemple, la participation d'employés de première ligne aux ateliers de formation a amélioré la qualité des services, tout en accroissant l'estime de soi des

employés, leur rendement au travail et leur professionnalisme. (*NA108*). Les avantages de la formation seront sans doute plus visibles chez les gestionnaires, étant donné l'importance critique d'une supervision et d'un leadership professionnels pour la réussite des projets de santé communautaires. Par conséquent, les budgets affectés à ces projets doivent réserver des crédits à la formation et les décideurs auraient intérêt à songer à élaborer un programme national en vue de promouvoir l'excellence dans la gestion des soins de santé chez les Autochtones. En outre, l'ITC a fait observer qu'il existe plusieurs indicateurs de santé conventionnels pour lesquels il n'y a aucune donnée inuite (*NA485*); d'où la nécessité d'investir davantage dans la capacité des collectivités de réunir, de gérer et d'exploiter les données locales sur la santé.

À un niveau plus fondamental, la mesure dans laquelle plusieurs projets financés par le FASS ont permis d'aborder des problèmes de santé bien particuliers B par exemple : les faibles taux d'allaitement au sein ou le manque de soutien à domicile B montre à quel point les projets locaux peuvent contribuer à répondre aux besoins de santé de base des Autochtones. Cependant, dans un certain nombre de cas, les organismes communautaires qui participaient à la planification et à l'exécution de tels projets ont dit avoir eu du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec les projets. Les gouvernements et les organismes de financement doivent donc non seulement reconnaître la nécessité de faire preuve de souplesse en collaborant avec les organismes locaux, mais aussi être disposés à leur offrir un appui, sous la forme de ressources ou de compétences supplémentaires, pour s'assurer qu'ils réussiront à mener le projet à bien.

7. Conclusions et recommandations

7.1 Amélioration de l'état de santé des Autochtones et des résultats pour leur santé

Principales leçons apprises

- Les personnes ayant droit aux indemnités accordées par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) doivent voir un médecin pour se faire rembourser le coût de tout produit de santé; cela a entraîné un recours excessif aux services des médecins dans certaines localités.
- L'usage abusif de médicaments d'ordonnance constitue un véritable problème dans certaines localités autochtones.
- Les projets de santé communautaires ont les meilleures chances de réussir quand ils répondent à un besoin confirmé, dans une population cible bien définie.
- En matière de santé, les difficultés auxquelles les Autochtones font face ont des dimensions individuelles, sociales, économiques et politiques.

Recommandations

- Santé Canada devrait amorcer une consultation avec les gouvernements autochtones et les intervenants concernés du domaine de la santé pour cerner des manières d'accroître la rentabilité du régime d'assurance-médicaments de la DGSPNI. Sans nécessairement se limiter aux options suivantes, on pourrait faire passer la responsabilité d'approuver l'achat des médicaments en vente libre nécessaires aux bénéficiaires du régime des médecins au personnel infirmier ou administratif, ou adopter un système de rationnement de ces médicaments fondé sur leur consommation actuelle.
- Santé Canada, en partenariat avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les milieux de la santé, devrait concevoir et mettre en

œuvre un programme national d'éducation publique pour sensibiliser davantage les jeunes Autochtones aux dangers de l'abus des médicaments d'ordonnance.

- Santé Canada, les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient classer par ordre de priorité les besoins des membres des collectivités autochtones en matière de santé et mettre l'accent sur des interventions auprès des groupes les plus exposés et de ceux ayant les meilleures chances d'en tirer des avantages durables, tels que les enfants et les jeunes.
- Les organismes responsables de la santé des Autochtones devraient envisager de s'associer à d'autres organismes communautaires pour promouvoir le développement personnel des clients des services de santé, notamment en leur trouvant des emplois ou en les dirigeant vers une formation professionnelle.

7.2 Élimination des obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé

Principales leçons apprises

- Il est possible d'atténuer les obstacles à l'accès des Autochtones aux services de santé en créant des cadres intégrés de prestation des services dans les localités éloignées, ou en déployant des agents de liaison autochtones dans l'équipe des soins de santé primaires.
- On a montré que les projets de télésanté améliorent l'accès des clients à certains services, mais leur effet sur les résultats en matière de santé et leur rentabilité demeurent nébuleux.

Recommandations

- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, l'Organisation nationale de la santé des Autochtones et d'autres intervenants du domaine de la santé devraient entreprendre d'autres recherches sur les moyens à prendre pour accroître l'efficacité et l'efficience des services de télésanté.
- Afin d'encourager les Autochtones à utiliser davantage et à mieux connaître le système de santé, Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les milieux s'intéressant à la santé des Autochtones devraient encourager les médecins et d'autres professionnels de la santé à passer plus de temps avec les clients autochtones, notamment en faisant plus de visites à domicile, en réduisant la charge de travail des travailleurs et en faisant preuve d'une plus grande souplesse quand ils dressent l'horaire des rendez-vous.
- Les organismes de santé ayant un nombre important de clients autochtones devraient songer à recourir davantage aux agents de liaison-santé autochtones.
- De concert avec les gouvernements autochtones, provinciaux et territoriaux et avec les milieux de la santé, Santé Canada devrait faciliter l'accès des Autochtones aux carrières dans le domaine de la santé. Par exemple, accroître le nombre de bourses d'études et augmenter le soutien personnel et professionnel accordé à ceux qui y travaillent déjà.

7.3 Créer chez les Autochtones la capacité de dresser leurs propres programmes de santé

Principales leçons apprises

- On a constaté qu'en offrant de bonnes possibilités de formation et de perfectionnement au personnel de santé employé en milieu autochtone, il était possible d'améliorer la qualité du service tout en accroissant l'estime de soi du personnel, le rendement au travail et le professionnalisme.
- Une surveillance et un leadership professionnels sont essentiels à la réussite des projets de santé communautaires.
- Il y a plusieurs indicateurs conventionnels de la santé pour lesquels il n'existe aucune donnée sur les Inuits.
- Bien que les organismes communautaires puissent aider grandement à répondre aux besoins de base des Autochtones en matière de santé, le manque de ressources et de personnel fait souvent en sorte

qu'ils ont du mal à respecter les échéances ou à assumer d'autres responsabilités n'ayant rien à voir avec le projet en question.

Recommandations

- Les organismes qui financent des projets de santé communautaires en milieu autochtone devraient songer à affecter des fonds supplémentaires à la formation du personnel.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait envisager de créer un centre national de promotion de l'excellence dans la gestion de la santé des Autochtones.
- De concert avec les milieux de la santé, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les gouvernements autochtones, Santé Canada devrait attribuer des ressources supplémentaires pour aider les collectivités autochtones à recueillir, gérer et utiliser des données locales sur la santé.
- Santé Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres organismes qui fournissent des fonds aux organismes de santé communautaires travaillant avec des clients autochtones devraient songer à leur accorder des ressources et des compétences supplémentaires pour les aider à renforcer leurs moyens de gestion ou d'administration.

Ouvrages de référence

Brann, C. (1996). *Issue Paper on Suicide among the Inuit.* First Draft. Ottawa: Pauktuutit Inuit Women's Association.

Browne, A., J. Fiske, and G. Thomas (2000). *First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services and Systems.* Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Canada, Statistique Canada (2000), *Femmes au Canada 2000 : Rapport statistique fondé sur le sexe,* Ottawa, le Ministère.

_____ (Novembre 1999), *A Second Diagnostique on the Health of First Nations and Inuit People in Canada,* Ottawa, le Ministère.

_____ (1999), *Pour un avenir en santé : Deuxième Rapport sur la santé de la population canadienne,* Ottawa, le Ministère.

_____. Commission royale sur les peuples autochtones (1996), *Rapport de la Commision royale sur les peuples autochtones : Perspectives et réalités,* Vol. 4, Ottawa, la Commission.

_____. Chambre des communes (1995), *Vers le mieux-être holistique : les peuples autochtones,* Ottawa, Chambre des communes.

Association canadienne de justice pénale (2000), *Les Autochtones et le système de justice pénale* (http://home.istar.ca/~ccja/francl/autoch2.html) [Accès : 6 août 2001].

Evers, S. (1991). "Dietary Intake and Nutritional Status of Canadian Indians: a Review." In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, and T. Young, eds. *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health.* Winnipeg: University of Manitoba Press, pp. 731-734.

Lalonde, M.,. (1974), *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail,* Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Linehan, S. (1992). 'Giving Birth the White Man's Way.' *Healthsharing.* Vol. 13. No. 2, pp. 11-15.

Lowell, J. (1995). "Rethinking Traditions: Women Taking Charge of Culture, Medicine and Each Other." *Herizons: Women's News, Feminist Views.* Vol. 9. No. 1, pp. 25-26.

Martin, J. and P. Bell (1991). "Diabetes Mellitus in the Native Population of British Columbia." In B. Postl, P. Gilbert, J. Goodwill, M. Moffatt, J. O'Neil, P. Sarsfield, and T. Young, eds. *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health.* Winnipeg: University of Manitoba Press, pp. 433-435.

Association des femmes autochtones du Canada (1997), *"Hear their Stories:" 40 Aboriginal Women Speak,* Ottawa, l'Association.

_____ (1996). *Healthy Children, Healthy Nations: A Framework Document to Support the Well-being of First Nations' Children.* Ottawa: l'Association.

Organisation panaméricaine de la santé (OPS), 1999, "Canada: Basic Health Profiles, Summaries 1999." (http://www.paho.org/English/SHA/prflcan.htm) (Accès : le 17 janvier 2001).

Shestowsky, B. (1993). *Traditional Medicine and Primary Health Care Among Canadian Aboriginal People.* Ottawa: Aboriginal Nurses Association of Canada.

Groupe de travail sur la Stratégie nationale pour le développement sain des enfants (1998), *Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population,* Ottawa, le Groupe.

Annexe A : Liste des projets du FASS touchant la santé des Autochtones

Cet annexe contient un sommaire des projets du FASS qui ont été revus dans le cadre de la préparation de ce document. Pour de plus amples renseignements concernant ces projets, prière de consulter le site Web du FASS : www.hc-sc.gc.ca/htf-fass.

(NA108) Soins à domicile à l'intention des Premières nations et des Inuits

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contribution : 1 421 600 $

L'évaluation de ce projet pilote de 18 mois a influencé l'élaboration et la mise en œuvre du nouveau Programme national de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Le projet avait pour objectif d'évaluer et de cerner de nouvelles manières de répondre aux besoins en soins à domicile de cinq sites autochtones d'une grande diversité géographique. Le projet a produit une quantité considérable d'information pratique et utile que les décideurs supérieurs de Santé Canada ont déjà exploitée pour lancer des programmes de soins à domicile et de soins communautaires dans plus de 600 collectivités des Premières nations et inuites. Les gestionnaires et les administrateurs de programmes de soins à domicile trouveront que les commentaires sur les calendriers, sur les défis en matière de communication et sur l'infrastructure pour la prestation des programmes sont d'une grande pertinence pour leurs travaux et l'élaboration de programmes.

(NA305) Projet tripartite d'élaboration d'un nouveau modèle de soins primaire pour la Première nation Eskasoni

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (région atlantique), Santé Canada

Contribution : 465 133 $

Ce projet a conçu, mis en œuvre et évalué un modèle global de prestation de services de santé à Eskasoni, une collectivité des Premières nations du Cap-Breton, Nouvelle-Écosse. Le projet a mis en œuvre les éléments suivants : transfert permanent du gouvernement fédéral à la bande indienne locale de l'administration des soins de santé; abandon des services de médecins œuvrant en solo et la formule de rémunération à l'acte au profit d'une clinique multidisciplinaire regroupant plusieurs médecins; construction d'un nouveau complexe de soins accueillant des services de la collectivité et de l'extérieur; meilleure utilisation des médecins, des hôpitaux et des médicaments d'ordonnance; intégration des services fournis par les médecins aux programmes de santé communautaires; établissement de liens avec le centre régional de santé. Le modèle a entraîné des améliorations sur le plan de l'efficience et de l'efficacité des programmes. Quoique toutes les données n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation, au cours de la première année, les visites au service des urgences ont baissé de 40 pour cent; quant aux visites chez les médecins de famille, elles sont passées de 11 par an, un niveau élevé, à 4, et le coût des médicaments prescrits a diminué de 7 pour cent et ce, malgré une augmentation de la population de 10 pour cent.

(NA342) Accroître l'efficacité des soins primaires par des modèles reposant sur la collaboration entre l'infirmière de première ligne et le médecin de famille

Bénéficiaire : Services de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa

Contribution : 745 695 $

Cette étude réalisait une évaluation systématique des moyens d'améliorer la « collaboration structurée » entre les infirmières de première ligne et les médecins de famille dans deux sites d'intervention et deux sites témoins dans des régions rurales et isolées de l'Ontario. Un module d'apprentissage sur la pratique en collaboration a été élaboré, mis à l'essai, puis mis en œuvre dans les sites d'intervention. Après avoir étudié le module, les professionnels de la santé participants (infirmières de première ligne et médecins de famille) ont sélectionné cinq actions qui pouvaient être entreprises dans le cadre temporel de l'étude en vue de renforcer leur collaboration. Le projet a constaté la survenue de changements au site d'intervention en réponse aux efforts fournis pour structurer la collaboration. Tandis que les infirmières assumaient une responsabilité accrue pour des activités de nature curative, se chargeaient de soins aux patients plus complexes, et orientaient moins de situations vers les médecins de famille, ces derniers n'ont pas modifié

leurs schémas d'orientation des patients – une collaboration complète, avec un haut degré d'aiguillage dans les deux sens, ne s'est pas produite. Les chercheurs estiment qu'il faut davantage de temps et d'expérience pour que ce virage réussisse. De nouvelles lignes directrices sur les rôles ont fait l'objet d'une adaptation réussie, et au site de comparaison, les aiguillages internes vers les médecins ont augmenté durant la période visée par l'étude.

(NA402) Projet national de recherche sur la télémédecine des Premières nations

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contribution : 1 998 000 $

Ce projet examinait dans quelle mesure la télémédecine pourrait améliorer l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales, isolées – deux termes qui décrivent un tiers de l'ensemble des collectivités des Premières nations et des Inuits. On a retenu cinq collectivités des Premières nations pour faire un essai pilote de ce projet de télémédecine de deux ans et demi. Il avait pour buts de permettre aux proches de rendre « visite », par le biais de vidéoconférences, aux malades hospitalisés à l'extérieur, aux patients d'être traités dans leur propre collectivité grâce à des connexions électroniques avec des experts sanitaires, et au personnel en milieu isolé d'accéder à la formation, à l'information et à l'expertise. Les coûts encourus concernaient l'introduction de la technologie et la nécessité de l'entretenir (en moyenne, les coûts d'infrastructure s'élevaient à 245 000 – 305 000 $ par collectivité). L'utilisation de la technologie soulevait des défis de nature juridique et technique concernant la protection et la confidentialité des renseignements personnels et créait des besoins de formation et de soutien technique. La coordination de la télémédecine exigeait un supplément de personnel possédant une qualification médicale en vue de faciliter la communication avec les dispensateurs de soins à distance – un vrai défi dans des collectivités aux ressources financières limitées et faisant face à une pénurie chronique d'infirmières. Cette étude constatait que la télémédecine réduit l'efficacité en terme de charge de travail car elle accroît les pressions exercées sur les ressources humaines au niveau de la collectivité. De même, elle augmente les coûts liés à certains services de santé connexes. Pour que les collectivités des Premières nations et des Inuits puissent se connecter entre elles et participer à des initiatives conjointes, il faut que l'on normalise le matériel de télémédecine et qu'on en assure l'interopérabilité. Bien que la présente évaluation montre que la télémédecine puisse faire l'objet d'une mise en œuvre réussie dans des collectivités isolées des Premières nations, le rapport conclut qu'il existe un risque élevé d'échec si les projets ne bénéficient pas des ressources humaines, financières ou techniques nécessaires.

(NA403) Projet pilote national de télémédecine en néphrologie

Bénéficiaire : Corporation hospitalière Beauséjour, Moncton

Contribution : 2 983 200 $

Cette étude pilote réalisée dans le nord-est du Nouveau-Brunswick comportait trois volets : un projet d'enseignement à distance s'appuyant sur les vidéoconférences pour informer les diabétiques des Premières nations sur les risques d'insuffisance rénale chronique et sur les modifications des habitudes de vie nécessaires; une comparaison de l'efficacité de l'enseignement à distance par rapport à l'enseignement sur place aux patients juste avant qu'ils subissent une dialyse; traitements dyalitiques supervisés administrés par des centres satellites par l'intermédiaire de liens vidéos et transmission électronique des données. Les deux premiers volets, qui faisaient appel aux vidéoconférences pour l'enseignement aux patients, s'avéraient prometteurs car ils appelaient une rétroaction positive de la part des patients, mais les résultats étaient non décisifs du fait des délais temporels rapprochés et de la faible taille des échantillons. Quant au troisième volet, c'était la toute première fois au Canada que les techniques de la télémédecine étaient appliquées à la dialyse, et les responsables du projet ont beaucoup appris sur la planification et la mise en œuvre de nouvelles technologies et logiciels complexes. Bien que les patients aient réalisé des économies puisqu'ils n'avaient plus à se déplacer et bien qu'ils aient exprimé leur satisfaction vis-à-vis des consultations à distance, les coûts de chaque traitement de dialyse revenaient à environ 10 pour cent plus cher que le traitement effectué à l'hôpital. Les chercheurs ont précisé que cette différence pourrait éventuellement disparaître si les sites satellites faisaient l'objet d'une utilisation plus intensive en se tournant vers d'autres applications de la télémédecine.

(NA408) Intervention face à l'utilisation à mauvais escient des médicaments de prescription dans les collectivités des Premières nations

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contribution : 165 200 $

La Première nation Red Bank a lancé ce projet pilote de deux ans afin de résoudre l'utilisation à mauvais escient de médicaments d'ordonnance tels que Tylenol 3®, les sirops antitussifs contenant de la codéine et la Ritaline®, qui sont gratuits, d'accès facile et acceptables car ils sont prescrits par le médecin. Le projet a fait naître, dans la collectivité même, et avec l'engagement des dirigeants politiques, la volonté d'aborder le problème. Il a conçu une approche d'équipe non critique selon laquelle l'utilisation à mauvais escient des médicaments d'ordonnance était un problème qui appartenait à la collectivité tout entière. Le projet a organisé plusieurs groupes de réflexion pour les fournisseurs de services, les membres de la communauté et les jeunes; des entrevues en profondeur avec des représentants de la collectivité et des soins de santé explorant les facteurs qui mènent à la consommation à mauvais escient de ces médicaments et la perpétuent, des réunions informelles; une étude de cas; de nombreux ateliers; un film vidéo. Le rapport constate cependant que le projet a souffert de l'absence d'un modèle concret de mise en œuvre et d'une certaine résistance de la part de la collectivité.

(NA485) Évaluation de modèles de prestation de soins de santé dans les régions inuit

Bénéficiaire : Inuit Tapirisat du Canada, Ottawa

Contribution : 163 800 $

Cette étude examinait la manière dont les soins de santé sont dispensés dans six régions inuites disparates du Canada, parmi des populations présentant l'espérance de vie la plus brève, le taux de suicide et le taux de natalité les plus élevés de tous les peuples autochtones du Canada. C'est en utilisant une approche holistique axée sur la santé de la population dans les entrevues réalisées auprès de 41 informateurs clés et une évaluation des commentaires émanant du Forum national sur la santé des Inuits que ce rapport jette les bases de l'analyse future des modèles de prestation de soins de santé. Il constate que les problèmes de santé mentale et la prévention du suicide constituent les grandes priorités dans toutes les régions inuites et que toutes les collectivités sont dotées de services en soins infirmiers de première ligne, quoique les pénuries de personnel mettent le système à rude épreuve. Il existe de nettes différences régionales en ce qui concerne les soins dispensés par les médecins. De manière générale, pour ce qui est de la santé, l'accent doit être mis sur la prévention, sur l'enseignement et sur la promotion, et il faut que les Inuits soient impliqués à tous les niveaux du système afin que ce dernier intègre le savoir traditionnel et la culture.

(NA1012) Services d'appui communautaire/à domicile pour diabétiques – Premières nations et Inuits

Bénéficiaire : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Contribution : 650 000 $

Ce projet pilote était conçu pour aborder les besoins des personnes atteintes de diabète et de leurs proches et pour élaborer des modèles de soins à domicile. Quatre collectivités des Premières nations et des Inuits ont accueilli le programme. Elles représentaient toutes des milieux géographiques et culturels différents, de semi-isolé à semi-urbain. Chaque collectivité a dégagé des lacunes dans trois domaines : services d'éducation sur le diabète, coordination adéquate des services; soins et traitement. Ensuite, chaque collectivité a élaboré son propre modèle pour les services de soins à domicile destinés aux diabétiques. Les chercheurs ont constaté que l'éducation et la formation du personnel de première ligne constituaient l'une des étapes prioritaires et critiques de la mise sur pied de services de soins communautaires pour les diabétiques. Quoiqu'il soit encore trop tôt pour évaluer l'incidence du projet sur les taux de complications du diabète, on a observé une tendance à la baisse des taux d'hémoglobine A1c, ce qui peut réduire le risque de complications du diabète.

(NA1022) Une approche communautaire pour répondre aux besoins en soins à domicile de la population autochtone des villes au Canada

Bénéficiaire : Femmes autochtones du Québec Inc., Montréal

Contribution : 133 245 $

Ce projet de recherche avait pour but d'aider les responsables de services de santé à préparer, à l'intention des autochtones vivant en milieu urbain ou dans d'autres milieux hors réserve, des programmes et services de soins à domicile adaptés à la culture. Le projet a effectué une revue de la littérature afin d'explorer l'existence de programmes de soins à domicile appropriés à la culture, a consulté 120 femmes autochtones vivant hors réserve au Québec afin de définir leurs besoins en matière de soins à domicile, et a reçu les commentaires de plus de 50 personnes en provenance de cinq centres d'accueil autochtone. Le modèle proposé est une adaptation du modèle provincial des soins à domicile du Québec et du programme « Life Long Care » de l'Ontario. Les composantes les plus élaborées du modèle sont les suivantes : principes, objectifs, répartition des responsabilités, éléments de programme adaptés à la culture, cadre d'évaluation. La revue de la littérature comprend des détails pertinents sur les données démographiques et l'état de santé des Autochtones du Canada, sur le programme prototype de soins à domicile de l'Ontario pour les personnes vivant hors réserve et sur le rôle des autochtones dans l'élaboration des politiques de santé en Australie.

(AB301-12) Évaluation du projet « Okotoks en santé »

Le projet évaluait un programme communautaire existant intitulé Healthy Okotoks Coalition (HOC) – qui encourage la participation des citoyens et rehausse la capacité des dirigeants autochtones à aborder les enjeux de santé. Les chercheurs ont élaboré un ensemble d'instruments de mesure des résultats et des processus, ont tenté de dégager les obstacles, d'appliquer les conclusions de leur recherche à l'amélioration des processus et à la création d'un plan directeur pour l'évaluation des futurs projets « Communautés en santé ». L'étude révèle que le HOC a entraîné vingt-quatre changements de nature communautaire qui étaient autant d'améliorations du bien-être, y compris la création d'un jardin communautaire, d'un planchodrome, d'une sensibilisation accrue au syndrome de l'alcoolisme fœtal et la mise en place d'un couvre-feu pour les adolescents. Cependant, les membres de la collectivité estimaient que le projet HOC ne s'était pas suffisamment impliqué au niveau local et qu'il ne représentait pas adéquatement les besoins de tous, notamment ceux des groupes marginaux.

(AB301-14) Familles en santé – Soins de santé primaires aux familles à risque élevé

Ce projet de la Capital Health Region englobe l'évaluation des visites à domicile faites auprès de familles ayant eu leur premier enfant. Il a collaboré avec de nombreux organismes communautaires, y compris des centres de santé publics, des guérisseurs traditionnels et les services à l'enfance et à la famille en vue de cibler les familles ayant un enfant dont l'état de santé risque de pâtir de la pauvreté ou de facteurs sociaux. Le projet avait pour but d'améliorer les compétences parentales en développant les connaissances des parents et leur utilisation des services de soutien communautaire et en les aidant à améliorer leur développement personnel. Il visait également à améliorer la santé et le développement de l'enfant. Les familles participantes se sont déclarées très satisfaites des services offerts qui étaient aussi appréciés par le personnel et les autres intervenants. Les parents ont accru leurs connaissances relatives au développement de l'enfant et la plupart d'entre eux indiquaient avoir améliorer leurs rapports avec leurs enfants grâce au projet. L'étude a constaté la réduction du nombre de visites d'enfants aux salles d'urgence.

(AB301-18) La santé pour tous (établissements métis et régie régionale de santé de Lakeland)

Ce projet visait à améliorer la santé générale des résidants de quatre collectivités métisses du Centre-Est de l'Alberta en y installant une infirmière en poste éloigné dont le rôle consiste à fournir des programmes et des services sur place, mis à part les cas d'urgence. Il a été mis en œuvre dans le contexte d'une méfiance et d'un manque de dialogue de longue date entre les membres de la communauté métisse et les représentants de la régie régionale de santé. Un défi de taille était de combler les différences culturelles. Le projet a réussi à instaurer un climat de confiance entre les collectivités et la régie régionale. Il a aussi démontré l'importance de l'infirmière en poste éloigné à la fois comme lien avec d'autres services et comme fournisseur direct de soins. Quoique certains membres de la communauté

aient signalé que l'infirmière les avait aidés à améliorer leur santé, les autorités sanitaires n'ont décelé aucune évolution des connaissances de la population métisse à la suite des efforts de promotion de la santé.

(AB301-19) Évaluation de l'utilité de la télésanté dans la prestation des soins de santé primaires améliorés dans les collectivités nordiques géographiques isolées de Trout Lake, Peerless Lake et de Red Earth Creek

Les chercheurs évaluaient l'efficacité d'un service de télésanté en matière de prestation des soins primaires dans trois collectivités géographiquement éloignées. On estime que les services de télésanté sont utiles parce qu'ils peuvent rehausser la continuité, la quantité, la disponibilité et l'accessibilité des soins dans les collectivités isolées. Cependant, le personnel et les participants n'avaient pas reçu une formation suffisante au niveau du fonctionnement de tels services et on a constaté qu'il n'y avait pas eu assez d'interactions de télésanté pour pouvoir conclure si cette technologie permettait de fournir des soins de qualité, si elle était rentable ou si elle accroissait l'accès aux soins. La trop petite quantité de données statistiques et de perceptions des clients dont disposaient les auteurs les a empêchés de répondre à la question de départ, à savoir si la télésanté est utile ou non. Les responsables du projet ont toutefois conclu que « dans les bonnes conditions et avec une orientation appropriée », la télésanté pourrait s'avérer avantageuse pour les collectivités visées par l'étude.

(AB301-20) Quelles sont les caractéristiques des clients et les obstacles perçus qui les empêchent de respecter le calendrier d'immunisation, et quel impact aura une stratégie de refus d'immunisation sur le respect ultérieur du calendrier à six mois, douze mois et dix-huit mois?

Ce projet cherchait à augmenter les taux de vaccination dans la régie régionale de la santé de Keeweetinok Lakes, une région couvrant un vaste territoire et d'une grande diversité culturelle, 50 % de ses 25 000 habitants étant d'ascendance autochtone. On espérait améliorer les taux de vaccination en invitant les personnes qui ne voulaient pas actualiser les vaccinations de leur enfant à signer un formulaire de refus ou à prendre rendez-vous pour la prochaine vaccination. Les chercheurs ont suivi le respect du calendrier relativement aux rappels de douze et dix-huit mois et de la visite préscolaire. Les chercheurs ont découvert qu'en ce qui a trait aux parents, leur manque de connaissances au sujet des vaccins constitue peut-être le principal obstacle à la vaccination. Le manque d'accès à une clinique représentait un autre facteur de taille. Parmi les autres obstacles, on notait le manque de services de garde d'enfants et les problèmes de transport. Le projet a permis d'accroître les taux de vaccination de la région d'environ 20 pour cent. Le formulaire de refus ne constituait pas une stratégie efficace pour résoudre le problème de la sous-immunisation.

(QC434) Mise en place d'un système intégré pour les personnes souffrant de problèmes mentaux sévères et persistants

Bénéficiaire : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, Kuujjuaq, Québec

Contribution : 488 238 $

Ce projet pilote s'attaquait aux problèmes psychosociaux croissants et aux taux de suicide élevés de la région du Nunavik en fournissant hébergement, soutien et emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et chroniques qui, autrement, seraient envoyées à Montréal. La démarche intégrée du projet a tiré parti des travaux préalables à la mise en œuvre : préparation des collectivités, description détaillée des objectifs et des procédures, clarification de la reddition de comptes. Au cours de ses neuf mois de fonctionnement, le centre a accueilli 12 clients qui y ont gagné en autonomie. La plupart d'eux ont réussi à faire face en toute efficacité aux problèmes liés à leurs toxicomanies; un seul client a dû être hospitalisé dans le cadre du programme. Grâce au projet, Inukjuak dispose d'une nouvelle ressource, et l'étude indique que la documentation ainsi élaborée pourrait être utile à d'autres collectivités isolées.

(SK323) « Naître en santé, grandir en santé », programme de soutien de l'allaitement et de la nutrition

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 191 733 $

Ce projet avait pour objectif d'améliorer la santé de la mère et du nourrisson dans les localités dépendant du Battlefords Health District en établissant une culture propice à l'allaitement maternel et à la nutrition prénatale et en améliorant l'accès des clients aux

services de santé. La population ciblée comprenait notamment les adolescentes-mères, mères seules, familles à faible revenu, femmes de passage. Bon nombre d'elles étaient d'ascendance autochtone. Les services étaient offerts par une coordonnatrice de projet/consultante en allaitement et des travailleuses des services d'approche dans un centre local ayant pignon sur rue. Le projet a amélioré l'accès aux services de la population visée; a amélioré sa sécurité alimentaire; a abordé les déterminants de la santé tels que l'environnement social et physique, et a créé des ressources communautaires supplémentaires. Il était bien apprécié des clientes et des partenaires car il se traduisait par une amélioration de la santé de la population. Résultat plus important encore, les clientes qui bénéficiaient du programme avaient de plus hauts taux d'allaitement qu'un échantillon de mères n'appartenant pas au projet et rapportant leur taux d'allaitement.

(SK324) Évaluation de services intégrés pour les familles d'enfants agressifs d'âge préscolaire

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 171 600 $

Ce projet fournissait des services de santé mentale à des enfants d'âge scolaire au comportement agressif en offrant ces services non plus dans les établissements de soins mais dans les écoles, les domiciles et la collectivité. On espérait ainsi intégrer les services et rejoindre les enfants que l'on ne rejoint pas traditionnellement. L'étude portait sur 13 enfants issus de familles présentant de « multiples problèmes ». La majorité des participants étaient d'ascendance autochtone, de sexe masculin, vivaient dans des familles monoparentales ou des familles élargies. Ils faisaient partie pour la plupart de foyers à faible revenu; tous manifestaient un comportement agressif ou de défi, et on estimait que certains d'eux risquaient de manifester un comportement criminel. Les professionnels en santé mentale et les travailleurs sociaux ont encouragé la participation des enseignants, des administrateurs d'école et des familles. Les services étaient fournis après les heures de classe et dans divers environnements non conventionnels. Une évaluation qualitative des données a conclu que chez 10 des 13 enfants, le projet s'est traduit par une amélioration du comportement. Cependant, une évaluation quantitative n'a pu confirmer ces résultats.

(SK330) Transition à un modèle de services intégrés de soins primaires de santé

Bénéficiaire : University of Saskatchewan

Contribution : 318 726 $

Cette étude cherchait à apprendre comment faire passer la prestation des services de santé dans les centres-villes d'un modèle « biomédical » conventionnel à un modèle soulignant les services intégrés, la prévention, les soins de courte durée, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Un projet pilote de recherche à « participation élevée » a été mis en place dans le centre-ville de Regina et de Saskatoon, où les taux de maladies chroniques augmentent rapidement, où l'utilisation du service des urgences est forte, et où les clients sont fréquemment réfractaires aux conseils médicaux. Des personnes appartenant aux collectivités visées ont mis au point et administré un sondage relatif à la santé, et cette méthodologie « d'intervention de nature transformationnelle » a engendré un très haut degré de réponse au questionnaire : 94 pour cent à Saskatoon et 57 pour cent à Regina (où des modifications effectuées par le district de santé ont enlevé au projet une partie de sa nature communautaire). En outre, les clients ont cerné des lacunes et des chevauchements dans les services fournis par le système formel et par les organismes à but non lucratif de Saskatoon et ont mis sur pied un forum mensuel sur la santé qui fait de la sensibilisation sur les préoccupations communautaires. L'étude a déjà eu des répercutions pratiques : ainsi, les autorités municipales ont procédé à de rapides améliorations physiques (p. ex celle de l'éclairage des voies publiques), mais il est encore trop tôt pour déterminer s'il y a eu un virage vers la prévention en matière de santé.

(SK333) Projet « Nouvelles orientations »

Bénéficiaire : John Howard Society of Saskatchewan

Contribution : 116 040 $

Ce projet des sociétés Elizabeth Fry et John Howard de la Saskatchewan cherchait à savoir si les programmes d'éducation enseignant des habitudes de vie saines aidaient à diminuer les récidives à répétition chez les délinquants et les anciens délinquants. Le projet a renseigné 144 participants – hommes et femmes, qui étaient en prison ou non – dont il a aussi sollicité les réponses. L'information portait entre autres sur la toxicomanie, l'estime de soi, les mauvais traitements

et la violence, la maîtrise de la colère, la sexualité, la contraception et la planification de la libération. Il est intéressant de noter qu'aucun des participants masculins n'a complété le programme.

(SK402) Agents de liaison en matière de santé auprès des Premières nations

Bénéficiaire : Battlefords Health District

Contribution : 263 181 $

Deux agents de liaison en matière de santé auprès des Premières Nations ont été embauchés dans le cadre de ce projet pilote de 18 mois en vue d'aider 250 personnes vivant dans des réserves et à l'extérieur à accéder aux services de santé appropriés dispensés par 44 organismes communautaires pertinents. Ces deux agents faisaient partie d'une équipe multi-disciplinaire au centre de santé familiale de Battlefords, un site de démonstration des services de soins primaires nouvellement créé pour faire la promotion des services communautaires et de la prévention de la maladie. L'étude a constaté que les agents de liaison n'étaient pas associés à des fournisseurs de soins de santé précis et qu'ils étaient incertains quant aux voies hiérarchiques et aux liens de responsabilité. Par contre, les clients ont réagi de manière positive en accédant aux services de soins primaires; ils manquaient moins de rendez-vous et faisaient l'objet d'un suivi amélioré dans le cadre des programmes de soins. Puisqu'ils étaient des auxiliaires de santé qui parlaient le cri (la langue dominante) et qui connaissaient bien leur communauté, les agents de liaison étaient perçus comme des défenseurs des intérêts des clients. Les agents aidaient également les dispensateurs de soins à mieux comprendre la nature polyvalente des besoins de santé de leurs clients, promouvant ainsi une approche plus « holistique » de la santé.